



Bordereau Activité Suivi

Site ** _____ Centre ** _____

Médecin en charge ** _____

Lieu * _____ N° dossier service _____

Coller ici l'étiquette
Numéro Identification Patient
dans l'hôpital

Identification du patient

Nom Patronymique ** _____
Nom Marital (du Père(F)) _____
Prénom ** _____
Date de Naissance** ou Date d'interruption / des dernières règles si grossesse en cours(F*) _____

Lieu actuel de Résidence* (de la mère (F*))

Code Postal et/ou Commune* _____ Pays _____

Activité

Date d'activité * _____ en JJ/MM/AAAA Centre(s)* _____ Hors label

Activité périmédicale Non Oui

Si oui, Réalisé par *
 Assistant(e) social(e) Kinésithérapeute
 Instituteur/trice spécialisé(e) Psychologue
 Diététicien(ne) Psychomotricien(ne)
 Ergothérapeute Conseiller(e) en génétique

Sinon Médecin* _____

Objectifs*

- Diagnostic
- Prise en charge
- Prise en charge en Urgence
- Suivi
- Conseil génétique
- Diagnostic prénatal
- Diagnostic pré-implantatoire
- Diagnostic d'apparenté

Contexte*

- Consultation pluridisciplinaire
- Consultation
- Hospitalisation traditionnelle
- Hôpital de jour
- Avis en salle (dans un autre service)
- Téléconsultation
- Avis sur dossier en consultation
- Autre préciser en clair _____
- Avis d'expertise sur dossier
- SOFFOET avec autopsie
- SOFFOET sans autopsie

Consanguinité *

Uni(e) avec un(e) apparenté(e) Oui Non

Age du patient aux 1ers signes * asymptotique en anténatal à la naissance à l'âge de (ans/mois) _____
Age du patient au diagnostic en anténatal à la naissance à l'âge de (ans/mois) _____

Diagnostic à l'entrée dans le centre * Absent Non approprié Approprié

Catégorie / Libellé du diagnostic à réviser*

Catégorie / Libellé du diagnostic *

- Non déterminé par manque d'infos
 En cours
 Probable
 Confirmé
 Non classable

Relance souhaitée

Non Oui dans (mois) _____

Code GenAtlas _____ Mutation _____

Décès lié au diagnostic Non Oui Inconnu

Type de confirmation*

- Moléculaire Clinique Dosage enzymatique Dosage biochimique
 Puce à ADN Imagerie Dosage Hormonal Histologique
 Cytogénétique moléculaire Cytogénétique Autre _____

Mots Clés (6max)

Cas *

Cas sporadique Cas familial

Mode de transmission apparent*

AD AR X Lié Mitochondrial
 Non déterminé Chromosomique Multifactoriel

Anomalie chromosomique

Commentaires

Age du patient aux 1ers signes * asymptotique en anténatal à la naissance à l'âge de (ans/mois) _____

Age du patient au diagnostic en anténatal à la naissance à l'âge de (ans/mois) _____

Diagnostic à l'entrée dans le centre * Absent Non approprié Approprié

Catégorie / Libellé du diagnostic à réviser*

Catégorie / Libellé du diagnostic *

- Non déterminé par manque d'infos
 En cours
 Probable
 Confirmé
 Non classable

Relance souhaitée

Non Oui dans (mois) _____

Code GenAtlas _____ Mutation _____

Décès lié au diagnostic Non Oui

Type de confirmation*

- Moléculaire Clinique Dosage enzymatique Dosage biochimique
 Puce à ADN Imagerie Dosage Hormonal Histologique
 Cytogénétique moléculaire Cytogénétique Autre _____

Mots Clés (6max)

Cas *

Cas sporadique Cas familial

Mode de transmission apparent*

AD AR X Lié Mitochondrial
 Non déterminé Chromosomique Multifactoriel

Anomalie chromosomique

Commentaires