

DONNÉES ADMINISTRATIVES

Coller ici l'étiquette avec le
Numéro Identification Patient
dans l'hôpital (IPP/NIP)

Coller ici l'étiquette avec les
coordonnées du patient

ACTIVITÉ

*CENTRE DE RATTACHEMENT O-RARES HORS LABEL

*DATE DE L'ACTIVITÉ :

____/____/____

*LIEU (si hors de l'établissement) :

*PRATICIEN(S)/INTERVENANT(S) :

CONTEXTE :

- Consultation
- Consultation pluridisciplinaire
- HDJ
- Hospitalisation traditionnelle
- Avis sur dossier en consultation
- Avis sur dossier avec un médecin (mail, téléphone)
- De : <15min <30 min 30 min et +
- RCP (staff)
- Avis en salle (dans un autre service)
- Téléconsultation (patient par mail/téléphone)
- Autre : _____

*OBJECTIF(S) : Cocher 1 ou plusieurs cases

- Diagnostic
- Mise en place de la prise en charge
- Suivi
- Conseil génétique
- Consultation de transition enfant/adulte
- Prise en charge en urgence
- Acte médical (dont chirurgical)
- Protocole de recherche
- Éducation thérapeutique

A REMPLIR SEULEMENT SI RÉVISION DU DIAGNOSTIC

*STATUT ACTUEL :

- En cours
- Probable
- Confirmé
- Indéterminé

*DIAGNOSTIC A L'ENTRÉE DU CENTRE :

- Absent
- Non approprié
- Approprié

*AGE AUX 1^{ERS} SIGNES :

- Anténatal
- A la naissance
- Postnatal : _____
- Non déterminé

*AGE AU DIAGNOSTIC :

- Anténatal
- A la naissance
- Postnatal : _____
- Postmortem
- Non déterminé

Formes isolées :

- Oligodontie
- Amélogénèse imparfaite : Type 1 Type 2 Type 3 Type 4
- Dentinogénèse imparfaite
- Dysplasie de la dentine : Type 1 Par déficit en SMO2
- Défaut primaire d'éruption
- Ankylose dentaire

Maladies et syndromes :

- Dysplasie ectodermique : Hypohidrotique : Liée à l'X
- Incontinentia pigmenti
- Autres : _____
- Epidermolyse bulleuse : Simple Dystrophique Jonctionnelle Autre
- Syndrome d'amélogénèse imparfaite-néphrocalcinose
- Ostéogénèse imparfaite : Type 1 Type 2 Type 3 Type 4 Type 5
- Hypophosphatasie : Infantile De l'enfant De l'adulte
- Odontodysplasie régionale
- Dysostose cléido-crânienne
- Dysplasie oculo-dento-digitale
- Chérubisme

Fentes :

- Fente labiale avec ou sans fente palatine
- Fente labiale isolée
- Fente labio-alvéolaire
- Fente labio-palatine
- Fente vélo-palatine
- Fente vélaire

Autre : _____

PARENTS

APPARENTÉS : Oui Non Ne sait pas

CAS : Sporadique Familial

Si cas familial déjà pris en charge par le Centre, indique
nom du patient : _____

*TYPES D'INVESTIGATION(S) RÉALISÉE(S) :

- Test génétique
- CGH-Array
- Ciblé (puce / panel)
- Non ciblé (exome/génome)
- Autre méthode : _____
- Clinique
- Biochimique
- Biologique
- Anatomopathologie
- Explorations fonctionnelles
- Imagerie
- Autre : _____

ANOMALIE CHROMOSOMIQUE/GÉNÉTIQUE :

DESCRIPTION CLINIQUE :

- Signes typiques d'intérêt :
- Signes atypiques :