

Questionnaire **CARDIOMYOPATHIES HEGP**

UN ARBRE GENEALOGIQUE DOIT ETRE JOINT A CETTE FICHE
POUR TOUTE DEMANDE DE TEST GENETIQUE

Prescripteur

Service

Nom d'usage

Nom de naissance

Prénom

Sexe (M ou F)

Date de naissance

Dépistage familial (O/N)

Consanguinité

Pays d'origine / Ethnie :

Année du diagnostic clinique

1 – TYPE DE CARDIOMYOPATHIE

Cardiomyopathie hypertrophique

 Symétrique

 Asymétrique

 Obstructive

 Epaisseur pariétale maximale (mm)

Cardiomyopathie dilatée (ou hypokinétique non dilatée)

Non-compaction du ventricule gauche

Dysplasie arythmogène du ventricule droit

 Certaine

 Possible

Cardiomyopathie restrictive

Autres données cliniques

 FEVG (%)

 Fibrose ou infiltration lipidique en IRM

2 – ANOMALIES ÉLECTRIQUES

Fibrillation atriale ou autre arythmie supraventriculaire

Hyperexcitabilité ventriculaire

Anomalies de la conduction

Arrêt cardiaque

Syndrome de pré-excitation / Wolff-Parkinson-White

Préciser :
.....
.....

3 – AUTRES CARACTERISTIQUES DU PATIENT

HTA

Sport de compétition

Pathologies/syndromes spécifiques

 Maladie de Fabry

 Amylose cardiaque

 Cardiopathie Congénitale

 Syndrome de Noonan

 Syndrome de Di-George

 Autre syndrome dysmorphique

Autres atteintes d'organes

 Myopathie

 Néphropathie

 Cutanée

 Neuropathie périphérique

 Oculaires

Préciser :

.....

.....

4 – ANTÉCÉDENTS FAMILIAUX

Cardiomyopathie chez un apparenté

Mort subite chez un apparenté

 Préciser

Test génétique pratiqué dans la famille (O/N)

 Si oui, Gène :

 Mutation c.

 Mutation p.