



UF de Génétique moléculaire – Département de Biochimie et Génétique

**FICHE À JOINDRE OBLIGATOIREMENT AU PRELEVEMENT, À L'ARBRE GENEALOGIQUE ET AU
CONSENTEMENT SIGNE.**

*(Joindre les fiches cliniques pour les parents et une photocopie des comptes rendus radiologiques et /ou
anatomopathologiques) MERCI*

NOM DE LA FAMILLE :

CODE :

Médecin référent :

Nom de naissance de la mère :

Nom marital :

Prénom :

Date de naissance :

DDR : DG :

Sexe du fœtus : M F

Terme grossesse/découverte échographie :

Origine ethnique :

Diagnostics moléculaires faits (préciser la mutation):

TSC1 **TSC2**

Mode de transmission: Autosomique dominant

Sporadique

Age de début :

Nombre de sujets atteints dans la famille :

Présence de tumeurs cardiaques : Non Oui

Nombre :

Localisation :

Taille :

Imageries cérébrales fœtales : IRM : Non Oui

Tuber corticaux : Non Oui : Nombre :

Nodules sous-épendymaires : Non Oui : Nombre :

Angiomyolipomes rénaux : Non Oui

Kystes rénaux : Non Oui

Autres particularités cliniques : Non Oui

COMMENTAIRES :

Pour les fœtus/IMG : Date IMG :

Examen foetopathologique fait : Non Oui

Examen histopathologique des tumeurs cardiaques fait : Non Oui

Résultats/Commentaires :

Examen histopathologique des tumeurs cardiaques fait : Non Oui

Résultats/Commentaires :