

Nom : **Prénom** : **DDN** : **Sexe** : F M
Mère : Nom : **Prénom** : **DDN** : **Atteint** oui non
Père : Nom : **Prénom** : **DDN** : **Atteint** oui non

ANTECEDENTS

Origine géographique :
 Antécédents familiaux : oui non Précisez :

 Consanguinité oui non ND

ANTENATAL :

Anomalies en période anténatale : oui non ND
 Signes d'appel échographiques :

NEONATAL Terme : PN : (DS) TN : (DS) PC : (DS)

CROISSANCE / DEVELOPPEMENT

Croissance statur pondérale : Normale Retard Avance Taille : (DS) à an/mois
 Poids : (DS) à an/mois
Croissance céphalique : Normale Microcéphalie Macrocéphalie PC : (DS) à an/mois

DYSMORPHIE CRANIO-FACIALE

oui non
 Si oui, précisez :
 Merci de joindre des photos

ANOMALIES CARDIAQUES ET VASCULAIRES :

oui non
 Si oui, précisez :

ANOMALIES NEUROLOGIQUES

oui non
 Déficience intellectuelle légère modérée sévère Epilepsie
 Troubles autistiques Hypotonie
 Autres

ANOMALIES DES MEMBRES

oui non
 Si oui, précisez :

ANOMALIES RENALES :

oui non
 Si oui, précisez :

ANOMALIES GENITALES

oui non
 Si oui, précisez :

ANOMALIES DERMATOLOGIQUES (peau, cheveux, ongles)

oui non
 Si oui, précisez :

AUTRES :

EXAMENS COMPLEMENTAIRES (imagerie, bilan biologique,...) :