



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.