



## 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. ....