

LABORATOIRE AUTORISE POUR LA REALISATION DES EXAMENS DES CARACTERISTIQUES GENETIQUES D'UNE PERSONNE

PATIENT	MEDECIN PRESCRIPTEUR
Nom .....	Nom ..... Prénom.....
Prénom.....	Adresse.....
Date de naissance .....	.....
Adresse.....	Tel : ..... Fax : .....
.....	N° FINESS : .....
.....	SIGNATURE : .....
.....	.....

### INDICATION

- Suspicion clinique :  Syndrome de Noonan    Syndrome Léopard    Syndrome CFC    Syndrome Costello  
 Etude familiale

### PRESCRIPTION –ÉTUDE MOLECULAIRE DU GENE :

- Noonan :     PTPN11    SOS1    RAF1    KRAS                      Léopard :  PTPN11  
 CFC :         BRA      MEK1    MEK2    KRAS                      Costello :  HRAS

### RENSEIGNEMENTS CLINIQUES

- Retard staturo-pondéral : Taille: ..... (.....DS)      Poids:..... (.....DS)
- Période prénatal :  hydramnios    clarté nucale augmentée
- Dysmorphie faciale :  front haut    hypertélorisme    oreilles bas implantées    ptosis    micrognathie    narines antéversées  
 cou court    pterygium coli    excès de peau nucale    constriction bitemporale
- Cardiovasculaire :  sténose valve pulmonaire    sténose artère pulmonaire  
 coarctation de l'aorte    canal atrio-ventriculaire    cardiomyopathie hypertrophique
- Peau et phanères :  hyperkératose    taches café au lait
- Neurologie :                      Retard mental     non                       oui :  léger    modéré    sévère  
    Retard de langage  non                       oui  
    Retard à la marche  non                       oui  
    Traits autistiques    non                       oui
- Divers :  pectus excavatum/carinatum    scoliose    cubitus valgus    clinodactylie    hyperlaxité des doigts  
 cryptorchidie    troubles oculaires    surdité    lymphoedème    hépato-splénomégalie    troubles de l'hémostase
- Autres signes et informations (précisez) :  
 .....  
 .....

Arbre généalogique    Consanguinité   Père symptomatique :  oui    non      Mère symptomatique :  oui    non