

FEUILLE DE DEMANDE DE SEQUENÇAGE GENOMIQUE – PFMG POUR LES SURDITÉS PRÉCOCES

Identifiants du patient : Nom du Prescripteur :

Caractéristiques de la surdité du patient :

⇒ Age des premiers signes : ⇒ Age de la marche :

Surdité de :	<input type="checkbox"/> perception	<input type="checkbox"/> transmission	<input type="checkbox"/> mixte
Déficit auditif	<input type="checkbox"/> moyen	<input type="checkbox"/> sévère	<input type="checkbox"/> profond
Atteinte	<input type="checkbox"/> symétrique	<input type="checkbox"/> asymétrique	<input type="checkbox"/> unilatérale
Audiogramme *	<input type="checkbox"/> ascendant	<input type="checkbox"/> descendant	<input type="checkbox"/> en U <input type="checkbox"/> plat <input type="checkbox"/> autre :
Surdité	<input type="checkbox"/> stable	<input type="checkbox"/> évolutive	<input type="checkbox"/> fluctuante
Fonction vestibulaire	<input type="checkbox"/> normale	<input type="checkbox"/> anormale (préciser):	<input type="checkbox"/> non testée
Transmission	<input type="checkbox"/> sporadique	<input type="checkbox"/> AR	<input type="checkbox"/> AD <input type="checkbox"/> maternelle <input type="checkbox"/> liée à l'X
	<input type="checkbox"/> douteuse		
Scanner ou IRM des rochers*	<input type="checkbox"/> normal <input type="checkbox"/> anomalie unilatérale <input type="checkbox"/> anomalie bilatérale <input type="checkbox"/> Dilatation de l'Aqueduc du Vestibule ou sac endolymphatique <input type="checkbox"/> Aplasie du nerf cochléo-vestibulaire <input type="checkbox"/> Malformation du conduit auditif externe <input type="checkbox"/> Malformation des Osselets <input type="checkbox"/> Cochlée incomplète <input type="checkbox"/> Autre malformation (précisez) :		

Autres signes cliniques associés : * Joindre une copie

- | | | | |
|--|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Acouphène | <input type="checkbox"/> Vertiges | <input type="checkbox"/> Neuropathie auditive | <input type="checkbox"/> Déficience intellectuelle |
| <input type="checkbox"/> Dysgénésie ovarienne | <input type="checkbox"/> Prise d'aminosides | <input type="checkbox"/> Diabète sucré | |
| <input type="checkbox"/> Anomalie rénale : : | | | |
| <input type="checkbox"/> Anomalie ophtalmologique : | | | |
| <input type="checkbox"/> Anomalie thyroïdienne: | | | |
| <input type="checkbox"/> Anomalie cutanée : | | | |
| <input type="checkbox"/> Suspicion clinique (Gène ou pathologie) : | | | |
| <input type="checkbox"/> Autre : | | | |

Examens Effectués :

- Locus DFNB1/DFNA2** (Étude du gène *GJB2* et délétions du gène *GJB6*, Connexines 26 et 30)
- ADN mitochondrial** **CGH** :
- Panel NGS Capture (nom du laboratoire)** :
- Autre** :

Cadre réservé au laboratoire
 Prélèvement reçu le...../...../..... par

Demande d'analyse validée par

Commentaire.....