

**LABORATOIRE DE BIOCHIMIE
GENETIQUE ET MOLECULAIRE**
Pavillon Cassini
123, Boulevard de Port Royal
75014 PARIS
Tél : 01 58 41 16 01

**CONSENTEMENT
POUR PRELEVEMENT HUMAINS**

Je soussigné(e)

accepte : _____

- de faire don de prélèvements à des fins de diagnostic et/ou recherche ;
- que les données contenues dans mon dossier médical soient recueillies par des personnes tenues au secret professionnel.

Je suis conscient(e), que ce diagnostic et cette recherche font appel à des techniques de génétique moléculaire et peuvent parfois s'étendre sur plusieurs années.

Je reconnais avoir reçu l'ensemble des informations permettant la compréhension de cet acte biologique et de sa finalité.

Je souhaite que les résultats de l'analyse soient transmis au médecin suivant :

Docteur _____
à _____

Fait à _____ , le _____

Signature _____

QUESTIONNAIRE DMD

NOM DU PATIENT

HISTOIRE DE LA MALADIE

- Premiers symptômes (âge)
- Evolution
 - Lentement progressive entre l'âge de :
 - Rapidement progressive entre l'âge de :
 - Stationnaire entre l'âge de :
 - Aggravation entre l'âge de :

SIGNES CLINIQUES

- Amyotrophie :
- Hypertrophie musculaire
- Atteinte musculaire

Face

Cou : Flex () Ext ()

Tronc : Flex () Ext ()

Epaules : Flex () Ext ()

Coudes : Flex () Ext ()

Digitorum : Flex () Ext ()

Hanche : Flex () Ext ()

Genou : Flex () Ext ()

Cheville : Flex () Ext ()

- Retractions

Cou : OUI NON

Epaules : OUI NON

Coudes : OUI NON

Poignet : OUI NON

Doigts : OUI NON

Hanche : OUI NON

Genou : OUI NON

Cheilles : OUI NON

ATTEINTE FONCTIONNELLE

Capable de se tenir debout : OUI NON
Capable de se relever au sol : OUI NON
Capable de monter les escaliers : OUI NON
Capable de marcher : OUI NON

IMAGERIE

Scanner ou IRM

EVALUATION CARDIAQUE

ECG
Echographie
Holter

FONCTION RESPIRATOIRE

Capacité vitale

FONCTION COGNITIVE

Retard mental OUI NON

ANALYSES BIOLOGIQUES

CK
Biopsie Musculaire : _____ Résultat _____ Age : _____
Sang prélevé pour étude moléculaire OUI NON

ARBRE GENEALOGIQUE