



**Syndrome de Gorlin ou Naevomatose basocellulaire  
Formulaire de renseignements cliniques**

**IDENTITÉ DU PATIENT** M  F

Nom : \_\_\_\_\_  
Prénom : \_\_\_\_\_  
Date de Naissance : \_\_\_\_\_

**Age au diagnostic clinique :** \_\_\_\_\_  
**Dates des dernières nouvelles :** \_\_\_\_\_  
**Date de renseignement du formulaire :** \_\_\_\_\_

	OUI	NON	ND
<b>1. HISTOIRE FAMILIALE DE SYNDROME DE GORLIN</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

☞ Si oui, merci de préciser le nombre de cas et le degré de parenté :  
.....  
.....  
.....

<b>2. ANOMALIES CUTANÉES</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
------------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

☞ **Naevi baso-cellulaires**     
☞ Nombre : .....

☞ **Carcinomes baso-cellulaires**     
☞ Nombre : .....  
☞ Age au diagnostic de la 1<sup>ère</sup> lésion : .....

☞ **Porokératose (ou pits) palmo-plantaire**     
☞ **Kystes épidermiques (tronc et membres)**     
☞ **Autres lésions :** .....  
.....

<b>3. ANOMALIES STOMATOLOGIQUES</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-------------------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

☞ **Panoramique dentaire**     
☞ Date d'examen : .....

☞ **Keratokystes odontogéniques des maxillaires**     
☞ Nombre : .....  
☞ Age au diagnostic : .....

☞ **Autres :** .....

<b>4. ANOMALIES NEUROLOGIQUES ET CÉRÉBRALES</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
---	--------------------------	--------------------------	--------------------------

☞ **Retard Psychomoteur / Retard Mental :**

☞ **Radio du crâne :**     
☞ Date d'examen : .....

☞ **Calcifications cérébrales :**     
☞ Faux du cerveau     
☞ Tente du cervelet     
☞ Autres : .....

☞ **Tumeurs cérébrales**     
☞ Medulloblastome desmoplasique     
☞ Méningiome     
☞ Autres : .....  
☞ Age au diagnostic : .....

☞ **Autres :** .....

## 5. ANOMALIES SQUELETTIQUES

  

### ↵ Costo-vertébrales

  

Si oui, merci de préciser le type : .....

### ↵ Spina bifida

  

### ↵ Pectus excavatum / Pectus carinatum

  

### ↵ Brachymétacarpie du IV

  

### ↵ Polydactylie

  

↵ Autres : .....

## 6. DYSMORPHIE FACIALE

  

### ↵ Macrocéphalie

  

Merci de préciser la taille du périmètre crânien :

- PC = ..... (en cm, percentile ou déviation standard)
- Age à la mesure : .....

### ↵ Bosses frontales

  

### ↵ Hypertélorisme

  

### ↵ Palais ogival

  

### ↵ Fente labiale et/ou palatine

  

### ↵ Prognathisme

  

### ↵ Grains de milium faciaux

  

↵ Autres : .....

## 7. ANOMALIES OCULAIRES

  

### ↵ Microphthalmie

  

### ↵ Strabisme

  

### ↵ Colobome

  

### ↵ Cataracte

  

### ↵ Glaucome

  

↵ Autres : .....

## 8. AUTRES ANOMALIES

  

### ↵ Kystes pleuraux

  

### ↵ Fibromes cardiaques

  

### ↵ Fibromes ovariens

  

### ↵ Malformation rénale

  

▪ Si oui, merci de préciser le type : .....

↵ Autres : .....

.....