

## Syndrome de Protee, Syndrome PROS et autres syndromes apparentes: Formulaire de renseignements cliniques\*

### Identite

Nom de naissance -----

Nom usuel -----

Prénom -----

Date de naissance ----- format : jj/mm/aaaa  /  /

Sexe ----- M  F  ND

Age au diagnostic clinique -----  mois ou  ans

### Macrocephalie ou megalencephalie

Macrocéphalie / Mégalencéphalie ----- Oui  Non  ND

Périmètre crânien -----  cm +  DS

Age à la mesure du périmètre crânien -----  mois ou  ans

### Atteinte neurologique

Atteinte neurologique ----- Oui  Non  ND   
*Si non à cette question, passez à la section suivante*

Hypotonie ----- Oui  Non  ND

Retard psychomoteur léger ----- Oui  Non  ND

Déficiance intellectuelle ----- Oui  Non  ND

Convulsions ----- Oui  Non  ND

Polymicrogyrie ----- Oui  Non  ND

Malformation de Chiari ----- Oui  Non  ND

## Hypertrophie segmentaire

**Hypertrophie segmentaire** .....

*Si non à cette question, passez à la section suivante*

Oui  Non  ND

Hypertrophie du membre inférieur .....

Droit

Gauche

Absente

Hypertrophie du membre supérieur .....

Droit

Gauche

Absente

Hypertrophie des extrémités .....

Droit

Gauche

Absente

**Autre hypertrophie** .....

Oui  Non  ND

Si oui, préciser la localisation .....

## Anomalies des extremités

**Anomalies des extremités** .....

*Si non à cette question, passez à la section suivante*

Oui  Non  ND

Syndactylie .....

Oui  Non  ND

Polydactylie .....

Oui  Non  ND

Autre, à préciser .....

## Lesions cutaneo muqueuses

**Lésions cutanéomuqueuses** .....

*Si non à cette question, passez à la section suivante*

Oui  Non  ND

**Naevus épidermique suivant les lignes de Blaschko** .....

Oui  Non  ND

Age au diagnostic : .....

**Naevus conjonctif avec aspect cérébriforme** .....

Oui  Non  ND

Age au diagnostic : -----

**Autres lésions cutanéomuqueuses** -----

Oui  Non  ND

**Autres renseignements cutanéomuqueuses** -----

### Lipomatose et anomalies vasculaires

**Lipomatose et anomalies vasculaires** -----

Oui  Non  ND

*Si non à cette question, passez à la section suivante*

**Lipomes sous-cutanés** -----

Oui  Non  ND

Nombre : -----

Age au diagnostic : -----

**Angiolipomes** -----

Oui  Non  ND

Nombre : -----

Age au diagnostic : -----

**Lymphangiomes cutanés** -----

Oui  Non  ND

Nombre : -----

Age au diagnostic : -----

**Hémangiome** -----

Oui  Non  ND

Nombre : -----

Age au diagnostic : -----

**Malformation artérielle** -----

Oui  Non  ND

Nombre : -----

Age au diagnostic : -----

**Malformation veineuse** -----

Oui  Non  ND

Nombre : -----

Age au diagnostic : -----

**Malformation capillaire** -----

Oui  Non  ND

Nombre : -----

Age au diagnostic : -----

**Autres lésions vasculaires** -----

Oui  Non  ND

Si oui, type de lésion : -----

Age au diagnostic : -----

**Traitement de lipomatose/MAV réalisée** -----

chirurgie

radiologie interventionnelle

thérapie ciblée anti mTOR

thérapie ciblée anti PIK3CA

autre

Si autre traitement, préciser: -----

### Pathologie tumorale maligne

**Pathologie tumorale maligne** -----

Oui  Non  ND

*Si non à cette question, passez à la section suivante*

Si Oui, localisation de tumeur maligne 1 -----

Type histologique : -----

Age au diagnostic : -----

Localisation de tumeur maligne 2 -----

Type histologique : -----

Age au diagnostic : -----

Localisation de tumeur maligne 3 -----

Type histologique : -----

Age au diagnostic : -----

### Autres renseignements phénotypiques

Autres renseignements phénotypiques -----

## Histoire familiale

Existe-t-il une histoire familiale particulière? ..... Oui  Non  ND

Renseignements .....

## Formulaire rempli par

Formulaire rempli par .....

Date de remplissage ..... format : jj/mm/aaaa  /  /