

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

### Identite

Nom de naissance -----

Nom usuel -----

Prénom -----

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

Sexe ----- Masculin  Féminin

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

### Histoire familiale

S'agit-t-il du cas index? ----- Oui  Non  ND

Si NON : Préciser le lien d'apparenté avec le cas index: -----

Existe-t-il une histoire familiale de Gorlin ou syndrome associé? ----- Oui  Non  ND

Si OUI: Préciser le lien d'apparenté des personnes atteintes

Eils  Fille

Mère  Père

Frère  Soeur

Grand-père maternel  Grand-mère maternelle

Grand-père paternel  Grand-mère paternelle

Tante maternelle  Tante paternelle

Oncle maternel  Oncle paternel

Cousin maternel  Cousin paternel

Autre

Autres renseignements -----

## Anomalies cutanees

### Anomalies cutanees

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

Oui  Non  ND

### Naevi baso-cellulaires

Oui  Non  ND

Nombre de naevi baso-cellulaires

### Carcinomes baso-cellulaires

Oui  Non  ND

Nombre de carcinomes baso-cellulaires

Age au diagnostic du 1er carcinome baso-cellulaire

Localisation des carcinomes baso-cellulaires

### Porokératose (ou pits) palmo-plantaire

Oui  Non  ND

### Kystes épidermiques (tronc et membres)

Oui  Non  ND

### Autres lésions cutanées

### Autres renseignements cutanés

## Anomalies stomatologiques

### Anomalies stomatologiques

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

Oui  Non  ND

### Panoramique dentaire

Oui  Non  ND

Date de panoramique dentaire format : jj/mm/aaaa

 /  / 

### Keratokystes odontogéniques des maxillaires

Oui  Non  ND

Nombre de keratokystes odontogéniques des maxillaires

Age au diagnostic des keratokystes odontogéniques des maxillaires

### Autres renseignements stomatologiques

## Anomalies neurologiques et cerebrales

### Anomalies neurologiques et cerebrales

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

Oui  Non  ND

### Retard psychomoteur ou retard mental

Oui  Non  ND

**Radio du crâne** ..... Oui  Non  ND

Date de la radio du crâne ..... format : jj/mm/aaaa  /  /

**Calcifications cérébrales** ..... Oui  Non  ND

Faux du cerveau ..... Oui  Non  ND

Tente du cervelet ..... Oui  Non  ND

Autres calcifications cérébrales .....

**Tumeurs cérébrales** ..... Oui  Non  ND

Medulloblastome desmoplasique ..... Oui  Non  ND

Age au diagnostic medulloblastome desmoplasique .....

Méningiome ..... Oui  Non  ND

Age au diagnostic méningiome .....

Autre tumeur cérébrale ..... Oui  Non  ND

Age au diagnostic autre tumeur cérébrale .....

**Autres renseignements neurologiques et cérébraux** .....

### Anomalies squelettiques

**Anomalies squelettiques** ..... Oui  Non  ND   
*Si non à cette question, passez à la section suivante*

**Anomalie costo-vertébrale** ..... Oui  Non  ND

Type d'anomalie costo-vertébrale .....

**Spina bifida** ..... Oui  Non  ND

**Pectus excavatum ou Pectus carinatum** ..... Oui  Non  ND

**Brachymétopie du IV** ..... Oui  Non  ND

**Polydactylie** ..... Oui  Non  ND

**Autre anomalie squelettique** ..... Oui  Non  ND

**Autres renseignements squelettiques** .....

## Dysmorphie faciale

**Dysmorphie faciale** -----

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

Oui  Non  ND

**Macrocéphalie** -----

Oui  Non  ND

Périmètre crânien (cm) -----

Age à la mesure du périmètre crânien -----

mois ou  ans

**Bosses frontales** -----

Oui  Non  ND

**Hypertélorisme** -----

Oui  Non  ND

**Palais ogival** -----

Oui  Non  ND

**Fente labiale et/ou palatine** -----

Oui  Non  ND

**Prognathisme** -----

Oui  Non  ND

**Grains de milium faciaux** -----

Oui  Non  ND

**Autre dysmorphie faciale** -----

Oui  Non  ND

**Autres renseignements de dysmorphie faciale** -----

## Anomalies oculaires

**Anomalies oculaires** -----

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

Oui  Non  ND

**Microphthalmie** -----

Oui  Non  ND

**Strabisme** -----

Oui  Non  ND

**Colobome** -----

Oui  Non  ND

**Cataracte** -----

Oui  Non  ND

**Glaucome** -----

Oui  Non  ND

**Autre anomalie oculaire** -----

Oui  Non  ND

**Autres renseignements oculaires** -----

## Autres anomalies

### Autres anomalies

Si non à cette question, passez à la section suivante

Oui  Non  ND

### Kystes pleuraux

Oui  Non  ND

Age au diagnostic de kystes pleuraux

Nombre de kystes pleuraux

### Fibromes cardiaques

Oui  Non  ND

Age au diagnostic de fibrome cardiaque

Nombre de fibromes cardiaques

### Fibromes ovariens

Oui  Non  ND

Age au diagnostic de fibrome ovarien

Nombre de fibromes ovariens

### Malformation rénale

Oui  Non  ND

Age au diagnostic de malformation rénale

Type de malformation rénale

### Autre anomalies

Oui  Non  ND

Type d'autre anomalie

Autres renseignements

Formulaire rempli par:

Date de remplissage

format : jj/mm/aaaa

/  /