



DEGENERESCENCES LOBAIRES FRONTOTEMPORALES
Fiche de renseignements cliniques

I – PATIENT NOM : Prénom :
 Date de naissance : Lieu de Naissance :

II – HISTOIRE DE LA MALADIE

Age à l'examen : Age de début :

Mode de début : Troubles comportementaux **Formes cliniques :** DFT pure (comportementale)
 Troubles du langage / Aphasie DFT/ Parkinson
 Syndrome Parkinsonien DFT/ SLA (sclérose latérale amyotrophique)
 Autres : Aphasie progressive non fluente
 Démence sémantique

Antécédents familiaux

Oui	Non	Préciser :	<input type="checkbox"/> DFT	<input type="checkbox"/> DCB (dégénérescence corticobasale)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
		<input type="checkbox"/> SLA	<input type="checkbox"/> Maladie de Parkinson	
		<input type="checkbox"/> Maladie d'Alzheimer	<input type="checkbox"/> Myopathie ou maladie de Paget des os	
		<input type="checkbox"/> Aphasie progressive	<input type="checkbox"/> Troubles psychiatriques (précisez)	
		<input type="checkbox"/> Autre (préciser)		

III – SYMPTOMES DE LA MALADIE

Oui	Non		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Troubles comportementaux	préciser :
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Troubles du langage	préciser :
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Troubles de la mémoire	préciser :
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Syndrome parkinsonien	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hallucinations visuelles	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Apraxie	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Troubles oculomoteurs	préciser :
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Mouvements anormaux	préciser :
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	SLA	préciser début : <input type="checkbox"/> membre ou <input type="checkbox"/> bulbaire
			âge de début : EMG :
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Autres	préciser :

IV – BIOMARQUEURS (LE DOSAGE PLASMATIQUE DE LA PROGRANULINE EST OBLIGATOIRE POUR TOUTE DEMANDE D'ANALYSE MOLECULAIRE DU GENE GRN)

PLASMA : Progranuline	<input type="checkbox"/> en cours	<input type="checkbox"/> fait (préciser) :	<input type="checkbox"/> non fait
LCR : Aβ	<input type="checkbox"/> en cours	<input type="checkbox"/> fait (préciser) :	<input type="checkbox"/> non fait
Tau	<input type="checkbox"/> en cours	<input type="checkbox"/> fait (préciser) :	<input type="checkbox"/> non fait
PhosphoTau	<input type="checkbox"/> en cours	<input type="checkbox"/> fait (préciser) :	<input type="checkbox"/> non fait
Autres :	<input type="checkbox"/> en cours	<input type="checkbox"/> fait (préciser) :	<input type="checkbox"/> non fait

V – EXPLORATIONS NEUROLOGIQUES

Oui	Non		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tests neuropsychologiques	préciser :
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	IRM	préciser :
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	SPECT	préciser :