GROUPE HOSPITALIER PITIÉ-SALPÊTRIÈRE
Unité Fonctionnelle de Neurogénétique Moléculaire et Cellulaire

Bâtiment 6 rue la Peyronnie - Secteur Pitié
47/83, boulevard de l'Hôpital
75651 PARIS cedex 13

Contact : Pr. Eric Leguern — *courriel : eric.leguern@psl.aphp.fr* — tél 33 1 42 17 76 52
Dr. Fabienne Clot — *courriel : fabienne.clot@psl.aphp.fr* — tél 33 1 42 17 84 13

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
- ☐ Troubles du langage / Aphasie
- ☐ Syndrome Parkinsonien
- ☐ Autres :

Formes cliniques :
- ☐ DFT pure (comportementale)
- ☐ DFT/ Parkinson
- ☐ DFT/ SLA (sclérose latérale amyotrophique)
- ☐ Aphasie progressive non fluente
- ☐ Démence sémantique

Antécédents familiaux

Oui ☐ Non ☐ **Préciser :**
- ☐ DFT
- ☐ DFT/SLA
- ☐ SLA
- ☐ Maladie d'Alzheimer
- ☐ Aphasie progressive
- ☐ Autre (préciser)
- ☐ DCB (dégénérescence corticobasale)
- ☐ PSP (paralysie supranucléaire)
- ☐ Maladie de Parkinson
- ☐ Myopathie ou maladie de Paget des os
- ☐ Troubles psychiatriques (précisez)

III – SYMPTOMES DE LA MALADIE

Oui	Non		
☐	☐	Troubles comportementaux	préciser : ……..
☐	☐	Troubles du langage	préciser : ……..
☐	☐	Troubles de la mémoire	préciser : ……..
☐	☐	Syndrome parkinsonien	
☐	☐	Hallucinations visuelles	
☐	☐	Apraxie	
☐	☐	Troubles oculomoteurs	préciser : ……..
☐	☐	Mouvements anormaux	préciser : ……..
☐	☐	SLA	préciser début : ☐ membre ou ☐ bulbaire âge de début : …… EMG : ……..……
☐	☐	Autres	préciser : ……..

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

PLASMA : Progranuline	☐ en cours	☐ fait (préciser) : ……	☐ non fait
LCR : Aβ	☐ en cours	☐ fait (préciser) : ……	☐ non fait
Tau	☐ en cours	☐ fait (préciser) : ……	☐ non fait
PhosphoTau	☐ en cours	☐ fait (préciser) : ……	☐ non fait
Autres : ……	☐ en cours	☐ fait (préciser) : ……	☐ non fait

V – EXPLORATIONS NEUROLOGIQUES

Oui	Non		
☐	☐	Tests neuropsychologiques	préciser : ……..
☐	☐	IRM	préciser : ……..
☐	☐	SPECT	préciser :……..