

- Syncinésies d'imitation des membres supérieurs (= mouvements en miroir) :
- Baisse de l'acuité auditive (audiogramme souhaitable):
- Agénésie des canaux semi-circulaires de l'oreille interne (scanner ou IRM) :
- Syndrome cérébelleux :
- Pied creux :
- Anomalie de l'oculo-motricité (préciser) :
- Ptosis palpébral :
- Nystagmus (préciser) :
- Anomalies de l'attention visuelle :
- Troubles du sommeil (préciser) :
- Troubles du comportement alimentaire (préciser) :
- Epilepsie :
- Autre anomalie (préciser) :

B – DOSAGES HORMONAUX SANGUINS :

- Dosage $\left\{ \begin{array}{l} \text{des œstrogènes (♀) (préciser la période du cycle menstruel) :} \\ \text{de la testostérone (♂) :} \end{array} \right.$
 - Nombre de dosages effectués :
 - Valeur pour chaque :
 - Norme du laboratoire :

- Dosage de la LH de base : Nombre de dosages effectués :
 - Valeur pour chaque :
 - Norme du laboratoire :

- Dosage de la FSH de base : Nombre de dosages effectués :
 - Valeur pour chaque :
 - Norme du laboratoire :

- Test au LH-RH (GnRH) : Nombre de test :
 - LH, taux de base : pic :
 - FSH, taux de base : pic :

 - Norme du laboratoire :
 - LH, taux de base : pic :
 - FSH, taux de base : pic :

C – CARYOTYPE éventuel (préciser si une analyse en haute résolution a été effectuée) :

D – ENQUETE FAMILIALE :

- 1) Existe-t-il une consanguinité entre les parents (à dessiner sur l'arbre généalogique) :
- 2) Nombre de frères : Préciser leur âge :
- 3) Nombre de sœurs : Préciser leur âge :
- 4) Le père présente-t-il des signes d'hypogonadisme : une hyposmie :
- 5) La mère présente-t-elle des signes d'hypogonadisme : une hyposmie :
- 6) Mêmes questions pour les frères, sœurs, oncles, tantes, cousins, cousines du côté paternel ou du côté maternel :
- 7) Préciser l'existence éventuelle d'autres anomalies cliniques (voir liste ci-dessus) chez les autres membres de la famille

IMPORTANT : Rechercher avec un soin particulier la notion de défaut d'odorat car l'anosmie n'est jamais mentionnée spontanément.

- 8) Dessinez un arbre généalogique au verso de la feuille précédente. Indiquer d'une croix les sujets atteints (en précisant s'ils présentent des signes d'hypogonadisme et/ou un défaut d'odorat), d'un 0 les sujets sains et d'un point d'interrogation les sujets pour lesquels on ne dispose pas d'information. Pour tous, indiquer leur descendance éventuelle.

EN CAS DE REPOSE POSITIVE AUX QUESTIONS 4, 5 ET/OU 6, REMPLIR LES FEUILLES ASSOCIEES CONCERNANT LES COLLATERAUX ATTEINTS.

Réponse positive à indiquer par une croix.

Réponse négative à indiquer par un 0.

Pas d'information : répondre par un point d'interrogation).

OBSERVATIONS CONCERNANT LE COLLATERAL N°

Nom :

Date de naissance :

Lien de parenté avec le patient, indiquer son numéro sur le dessin de l'arbre généalogique :

SIGNES CLINIQUES DU SYNDROME :

A – TROUBLES DE L'OLFACTION :

- Anosmie :
- Hyposmie :

Préciser le mode d'exploration.

B – SIGNES D'HYPOGONADISME (avant traitement éventuel) :

- Micropénis :
- Cryptorchidie :
- Existence d'une puberté spontanée : A quel âge :
- Existence d'une descendance :

Autres signes :

C – SIGNES ASSOCIES :

- Enumérer les signes associés présents chez ce collatéral, en vous aidant de la liste figurant sur la fiche concernant le patient :

- Autres signes éventuels :

DOSAGES HORMONAUX SANGUINS :

- Dosage { de l'œstrogènes (♀) (préciser la période du cycle menstruel) :
de la testostérone (♂) :
Nombre de dosages effectués :
Valeur pour chaque :
Norme du laboratoire :

- Dosage de la LH de base : Nombre de dosages effectués :
Valeur pour chaque :
Norme du laboratoire :

- Dosage de la FSH de base : Nombre de dosages effectués :
Valeur pour chaque :
Norme du laboratoire :

- Test au LH-RH (GuRH) : Nombre de test :
LH, taux de base : pic :
FSH, taux de base : pic :

Norme du laboratoire :
LH, taux de base : pic :
FSH, taux de base : pic :

ARBRE GENEALOGIQUE

Etabli selon l'interrogatoire.

Merci de préciser :

- pour chaque individu le nom, le prénom, l'année de naissance
- pour chaque femme mariée le nom de jeune fille et le nom d'épouse
- les individus atteints.

**Consentement pour une recherche de mutations responsables de
syndrome de Kallmann de Morsier
et l'établissement d'une lignée lymphoblastoïde**

Je soussigné(e) M

demeurant à

**autorise la réalisation d'un prélèvement sanguin pour une analyse
moléculaire de recherche de mutations responsables du syndrome de
Kallmann de Morsier.**

et chez mon (mes) enfant(s)

Nom/ prénom ::

Les résultats de cet examen seront transmis au médecin suivant :

Nom :

Adresse :

Fait à

le :

Signature