

**RENSEIGNEMENTS CLINIQUES
SYNDROME DE CROISSANCE EXCESSIVE**

NOM
PRÉNOM
DDN
SEXE
ATCD FAMILIAUX

PRESCRIPTEUR

CARYOTYPE

Grossesse naturelle/stimulation ovarienne / FIV

MACROSOMIE GIGANTISME

OUI / NON

si possible joindre une copie de la
courbe de croissance

NEONATAL

POST-NATAL

TAILLE MATERNELLE

TN

date :

DDN mère:

PN

TAILLE

TAILLE PATERNELLE

PC

POIDS

DDN père:

TERME

Hydramnios

PC

MACROGLOSSIE

OUI / NON

GLOSSECTOMIE

OUI / NON

SI OUI, DATE :

PAROI ABDOMINALE

- Pas d'anomalie
- hernie ombilicale
- omphalocèle
- diastasis des droits

PAROI OPEREE OUI / NON

SI OUI, DATE :

VISCEROMEGALIE

NEONATALE OUI / NON

ORGANES CONCERNÉS :

POSTNATALE OUI / NON

ORGANES CONCERNÉS :

HEMIHYPERTROPHIE

OUI / NON

SI OUI A DECREIRE

TUMEUR

OUI / NON

SI OUI - **NATURE DE LA TUMEUR :**

- **AGE AU DIAGNOSTIC :**

AUTRES

**HYPOGLYCEMIE
NEONATALE**

OUI / NON

HERNIE DIAPHRAGMATIQUE OUI / NON

DYSMORPHIE FACIALE OUI / NON

**ANOMALIES
OREILLE**

OUI / NON

FENTE PALATINE OUI / NON

**ANGIOME
FLAMMEUS**

OUI / NON

ANOM VERTEBRALES OUI / NON

ANOM CARDIAQUES OUI / NON

**ANOMALIES
OGE**

OUI / NON

POLYDACTYLIE OUI / NON

MAMMELON SURNUMERAIRE OUI / NON

ANOMALIE RENALE OUI / NON

AUTRES PATHOLOGIES

A adresser au Dr Irène NETCHINE fax au 01 44 73 66 21

EFE, Pavillon Labrouste, Porte 8, 2° étage, Hopital Trousseau, 26 av Dr Netter 75012 Paris