



Département de Génétique – Pr. Catherine Boileau

HUPNVS – Hôpital Bichat Claude Bernard - 46 rue Henri Huchard - 75877 Paris cedex 18

LIEN VERS NOTRE CATALOGUE DES EXAMENS : [http://triweb.bch.aphp.fr/TRIWEB/catlabo/php/accueil\\_hupnvs.php](http://triweb.bch.aphp.fr/TRIWEB/catlabo/php/accueil_hupnvs.php)

**PATIENT (ou ETIQUETTE)**

Nom : .....  
Nom de jeune fille : .....  
Prénom : ..... Sexe : .....  
Date de naissance : ..... / ..... / .....

Etiquette patient avec NIP

**CARACTERISTIQUES CLINIQUES DU PATIENT**

Famille Consanguine :  Oui  Non

Origine géographique :

Age de début des symptômes :

**CANCERS CUTANES**

**CARCINOME BASOCELLULAIRE**

Oui  Non  
 Unique  Multiple

*Précisez le nombre et âge de survenue :*

Localisation :  visage  cou  tronc  membres supérieurs  membres inférieurs

**CAS FAMILIAUX**

non  oui **Qui ?**

*Préciser le nombre et âge de survenue :*

**CARCINOME SPINOCELLULAIRE**

Oui  Non  
 Unique  Multiple

*Précisez le nombre et âge de survenue :*

Localisation :  visage  cou  tronc  membres supérieurs  membres inférieurs

**CAS FAMILIAUX**

non  oui **Qui ?**

*Préciser le nombre et âge de survenue :*

**KERATOSE PRE-EPITHELIOMATEUSE**

Oui  Non  
 Unique  Multiple

*Précisez le nombre et âge de survenue :*

Localisation :  visage  cou  tronc  membres supérieurs  membres inférieurs

**CAS FAMILIAUX**

non  oui **Qui ?**

*Préciser le nombre et âge de survenue :*



## MELANOME

- Oui  Non  
 Unique  Multiple

Précisez le nombre et âge de survenue :

**Localisation :**  visage  cou  tronc  membres supérieurs  membres inférieurs

## CAS FAMILIAUX

- non  oui **Qui ?**

Préciser le nombre et âge de survenue :

## AUTRES SIGNES CUTANES

- |                  |                              |                              |
|------------------|------------------------------|------------------------------|
| Poïkilodermie    | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| Xérose cutanée   | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| Atrophie cutanée | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| Télangiectasies  | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |

## SIGNES NEUROLOGIQUES

- Oui  Non

- |                |                              |                              |
|----------------|------------------------------|------------------------------|
| Retard Mental  | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| Microcéphalie  | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| Surdité        | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| Hyporéflexie   | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| Spasticité     | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| Ataxie         | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| Choréoathétose | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |

## SIGNES OPHTALMOLOGIQUES

- Oui  Non

- |               |                              |                              |
|---------------|------------------------------|------------------------------|
| Photophobie   | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| Conjonctivite | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| Kératite      | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| Ectropion     | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| Entropion     | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |

## DEVELOPPEMENT D'UN AUTRE CANCER

- Oui  Non

**Type autre cancer (préciser l'histopathologie du cancer):**

- |          |                          |          |                          |
|----------|--------------------------|----------|--------------------------|
| ORL      | <input type="checkbox"/> | Poumon   | <input type="checkbox"/> |
| Sein     | <input type="checkbox"/> | SNC      | <input type="checkbox"/> |
| Colon    | <input type="checkbox"/> | Pancréas | <input type="checkbox"/> |
| Lymphome | <input type="checkbox"/> | Prostate | <input type="checkbox"/> |
| Vessie   | <input type="checkbox"/> | Autre    | <input type="checkbox"/> |

## JOINDRE UN ARBRE GENEALOGIQUE