

ATAXIE EPISODIQUE

Fiche de renseignements cliniques

Joindre un compte rendu d'hospitalisation

Nom du patient : Prénom :
 Nom de jeune fille :
 Date de naissance : Age :

• **Patient :**

Age de la première crise :

Facteurs déclencheurs : alcool/café stress fatigue mouvement
 autre (préciser) :

Manifestations cliniques :	Episodes d'ataxie :	oui – non	nombre / fréquence : durée :
	Episodes de vertiges	oui – non	
	Nystagmus intercritique	oui – non	
	Ataxie intercritique	oui – non	
	Epilepsie	oui – non	
	Migraines	oui – non	
	Mouvements anormaux	oui – non (préciser)	
	Retard de développement moteur	oui – non	
	Retard de développement intellectuel	oui – non	
	Atrophie cérébelleuse	oui – non	
	Autre...		

• **Apparentés :**

Existence d'apparentés ayant présenté des manifestations d'ataxie épisodique : oui – non

Nom de famille des apparentés atteints (si différent du patient) :

Autres manifestations observées **chez les apparentés**

• **Traitement chez le patient**

Traitement par DIAMOX oui – non sensible oui – non

Autre :

ARBRE GENEALOGIQUE (préciser les noms de famille et noms de jeune fille)