

MIGRAINE HEMIPLEGIQUE FAMILIALE

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 de MH :

Nombre de crises de migraines hémiplegiques : 1 crise au moins 2 crises

Manifestations cliniques :

Ataxie intercritique	oui – non
Nystagmus intercritique	oui – non
Etat de mal épileptique	oui – non
Epilepsie (préciser type)	oui – non
Mouvements anormaux :	<input type="checkbox"/> dystonie
	<input type="checkbox"/> dyskinésies
	<input type="checkbox"/> autre (préciser)
Syndrome confusionnel	oui – non
Episodes de coma	oui – non
Retard de développement moteur	oui – non
Retard de développement intellectuel	oui – non
IRM cérébrale normale	oui – non
Autre...	

- **Apparentés :**

Existence d'apparentés ayant présenté une/des crises de **Migraine Hémiplegique** : oui – non

Existence d'apparentés ayant présenté une/des crises de **Migraine avec aura** : oui – non

Existence d'apparentés ayant présenté une/des crises de **Migraine sans aura** : oui – non

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

Autres manifestations observées **chez les apparentés** :

Ataxie	oui – non
Nystagmus	oui – non
Epilepsie	oui – non
Crises convulsives	oui – non
Autre...	

- **Traitement :**

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