

**Fiche de recueil de données angiome plan de la face  
et Syndrome de Sturge-Weber**

**Groupe de Recherche Clinique en Dermatologie Pédiatrique**

**INVESTIGATEUR :**

**DATE CONSULTATION INITIALE :**

**NOM (3 premières lettres):**

**Prénom :**

**Date de naissance :**

**Sexe : F / M**

Numéro de dossier :

Numéros de photo :

**Antécédents familiaux et obstétricaux:**

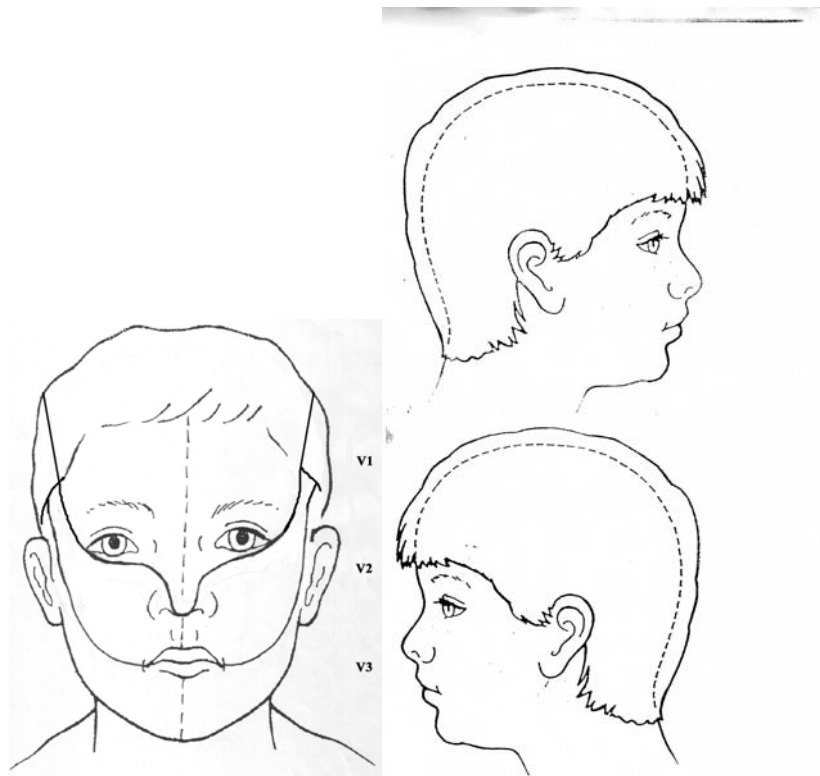
ATCD familiaux d'angiomes : OUI / NON

Si oui préciser :

Prises médicamenteuses pendant la grossesse : OUI / NON

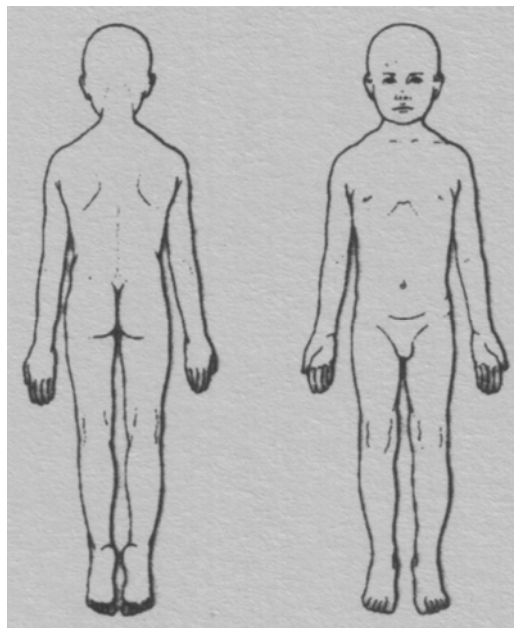
Si oui préciser

**Localisation exacte de l'angiome plan sur la face :** (Joindre photo face et profil. Le cuir chevelu doit être visible)



**PC :**

**Reste de l'examen clinique :** (préciser en particulier sur le schéma s'il y a d'autres angiomes plans ou s'il y a une angiomatose diffuse)



**BILAN MORPHOLOGIQUE :**

**Date de la première IRM cérébrale:**

**Présence d'un angiome pial : OUI-NON**

**Si présent, localisation exacte de l'angiome cérébral :**

**Autre examens éventuels :**

**EEG : OUI-NON**

**Si oui, date et résultat :**

**EchoTF OUI-NON**

**Si oui, date et résultat :**

**Scintigraphie cérébrale OUI-NON**

**Si oui, date et résultat :**

**Scanner OUI-NON**

**Si oui, date et résultat :**

**Traitement prophylactique anticonvulsivant : OUI-NON**

***Si oui : lequel ?***

***Date de début ?                      à quel dosage ?***

**Atteinte ophtalmologique associée : OUI-NON**

**Si oui, préciser (angiome, glaucome...)**

**Date des examens :**

**EVALUATION ENTRE 18 MOIS ET 2 ANS:**

**Date :**

**PC :**

**COMITIALITE :** OUI-NON

**Si oui date de la première convulsion :**

*Type de crise convulsive : crise généralisée- crise partielle-crise-hémi-corporelle*

*Un facteur déclenchant a t'il été mis en évidence? (Ex : hyperthermie...) OUI-NON*

*Si oui lequel ?*

*Y a t-il eu des séquelles ? OUI-NON*

*Si oui la ou lesquelles ?*

*Traitement actuel :*

*Evolution de la comitialité :*

*Fréquence des crises et gravité :*

*Crises convulsives malgré traitement : OUI / NON*

*Retentissement sur le développement psycho-moteur et affectif : OUI-NON*

**Préciser si acquisitions normales pour l'âge:**

**Atteinte ophtalmologique associée :** OUI-NON

**Si oui, préciser (angiome, glaucome...)**

**Date des examens :**