

ANGIOMES PLANS FRONTAUX MEDIANS

FICHE DE RECUEIL DE DONNÉES

• INVESTIGATEUR : Dr • DATE DE CONSULTATION jj/mm/aa : /... /.....

IDENTIFICATION DU PATIENT

- NOM (3^{èmes} lettres) : • PRENOM :
• DATE DE NAISSANCE jj :mm/aa : /... /..... • SEXE : F M
• TERME en semaines d'aménorrhée : • POIDS de naissance en grammes :
• MOTIF DE CONSULTATION : L'angiome Autre ⇒ Si autre :

ANGIOME

• PRESENT A LA NAISSANCE OUI NON ⇒ SI NON, AGE D'APPARITION :

LOCALISATION

- | | | | |
|---------------------------------------|---|---|---|
| Front <input type="checkbox"/> | Paupière sup. Gche <input type="checkbox"/> | Arête du nez <input type="checkbox"/> | Columelle <input type="checkbox"/> |
| Glabelle <input type="checkbox"/> | Paupière sup. Dte <input type="checkbox"/> | Aile du nez Gche <input type="checkbox"/> | Philtrum <input type="checkbox"/> |
| Cuir chevelu <input type="checkbox"/> | | Aile du nez Dte <input type="checkbox"/> | Lèvre sup. <input type="checkbox"/> |
| | | | Lèvre inférieure <input type="checkbox"/> |

- ASPECT : Homogène Télangiectasique Emietté
• COULEUR (voir échelle colorimétrique) : 1 2 3 4 5

ANGIOME DE LA NUQUE

- | | | | |
|------------------------------|------------|---------------------------------|---|
| OUI <input type="checkbox"/> | ⇒ SI OUI : | Etendu <input type="checkbox"/> | NUQUE <input type="checkbox"/> |
| NON <input type="checkbox"/> | | Banal <input type="checkbox"/> | OCCIPUT <input type="checkbox"/> |
| | | | NUQUE ET OCCIPUT <input type="checkbox"/> |

- ATTEINTE MUQUEUSE : OUI NON ⇒ SI OUI, préciser la topographie :
• AUTRE ANGIOME PLAN : OUI NON ⇒ SI OUI, préciser la topographie :
• REMARQUES PARTICULIERES :

ANTECEDENTS PERSONNELS

- Problèmes neurologiques : OUI NON ⇒ SI OUI :
• Problèmes oculaires : OUI NON ⇒ SI OUI :
• Hémangiome : OUI NON ⇒ SI OUI :
• Autres anomalies ou maladies : OUI NON ⇒ SI OUI :

ANTECEDENTS SEMBLABLES DANS LA FAMILLE

- | | | |
|---|------------------|------------------|
| OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> | - ATCD 1 : | - ATCD 3 : |
| ⇒ SI OUI : préciser père, mère, frère, etc : | - ATCD 2 : | - ATCD 4 : |

• REMARQUES PARTICULIERES :

PHOTOS OBLIGATOIRES (Face, nuque, autre localisation) SCHEMA OBLIGATOIRE (Face)
Si POSSIBLE RECUPERER PHOTOS FAMILIALES (n.né)

EVOLUTION

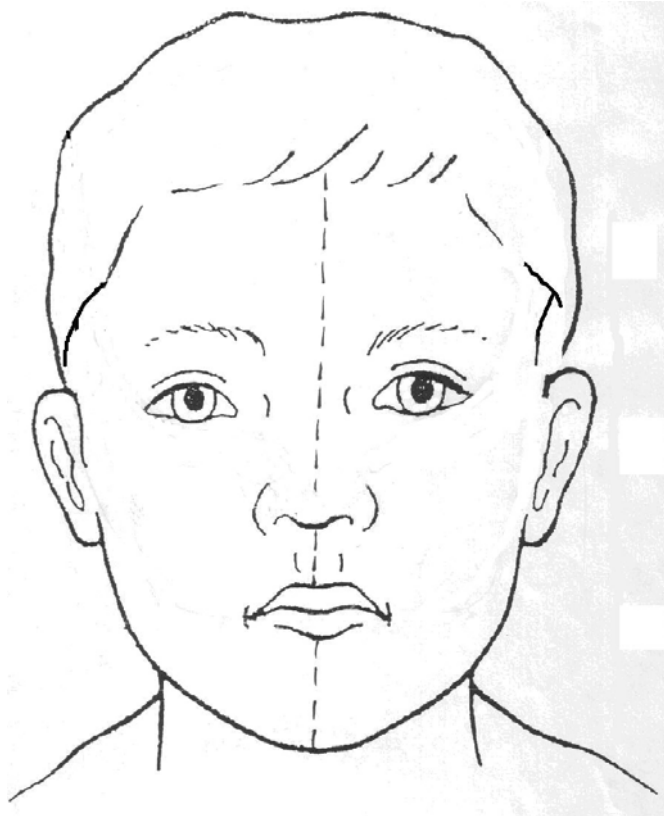
Si grand enfant remplir lors de la première consultation, si n.né ou nourrisson revoir à M12

- Inchangé : OUI NON • Régression partielle : OUI NON
• Disparition : OUI NON • En combien de temps :
• Traitement laser OUI NON ⇒ SI OUI : • A quel âge :ans • Type de laser :
• Résultats : Disparition Amélioration Inefficace

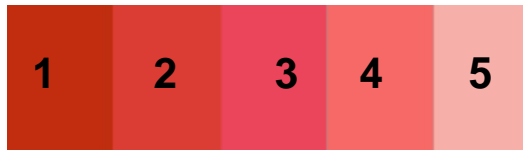
REMARQUES PARTICULIERES

•
•

S C H E M A



E C H E L L E C O L O R I M E T R I Q U E



E V O L U T I O N à M 1 2 (si n.né ou nourrisson revu à M12)

- DATE DE CONSULTATION jj/mm/aa : /.../.....
- Inchangé : OUI NON • Régression partielle : OUI NON
- Disparition : OUI NON • En combien de temps :
- Traitement laser OUI NON ⇒SI OUI : • A quel âge :ans • Type de laser :
- Résultat : Disparition Amélioration Inefficace

R E M A R Q U E S P A R T I C U L I E R E S

•

.....

.....

.....

.....