

Fiche de renseignements pour le diagnostic d'ATAXIE EPISODIQUE DE TYPE 2

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 mental : 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