

« Génétique Médicale »

**Patient(e) (Champ obligatoire)**

Nom : ..... Prénom : .....  
Date de naissance : ..... Sexe : .....

**Médecin prescripteur/ Laboratoire réfèrent**

Médecin prescripteur / Laboratoire réfèrent : ..... Téléphone : .....  
..... E-mail : .....

**Renseignements cliniques et paracliniques (indispensables pour la prise en charge du prélèvement)**

**Dystrophinopathie/ Gamma-Sarcoglycanopathie**

Age de début : ..... Age de l'arrêt de la marche : .....

Topographie : Distale  Proximale  Hypertrophie des mollets : Oui  Non   
Atteinte faciale : Oui  Non  Atteinte oculomotrice : Oui  Non   
Atteinte vélo pharyngée : Oui  Non  Myalgies : Oui  Non   
Atteinte cardiaque : Oui  Non  Déficience intellectuelle : Oui  Non

**Amyotrophie Spinale**

SMA Type I  SMA Type II  
 SMA Type III  SMA Type IV

**Paraclinique**

Taux de CPK : .....

Electromyogramme :  Myogène  Neurogène

Immunohistochimie .....

Autre : .....

Antécédents :  Cas sporadique  Cas familial

Arbre Généalogique si cas familial (À joindre au verso)

**Examens demandes**

- Recherche des délétions fréquentes au niveau du gène *DMD* (Ces délétions représentent 65% des DMD/DMB (DenDunnen et al., 1989)).
- Recherche de la mutation récurrente c.525delT au niveau du gène *SGCG* (Cette mutation représente 65% des dystrophies musculaires progressives autosomiques récessives au Maroc (El Kerch F et al., 2014)).
- Recherche de la délétion homozygote de l'exon 7 du gène *SMNI* (Cette délétion est responsable de 95% des cas d'amyotrophie spinale (Lefebvre et al., 1995)).

**Arbre Généalogique**

