

SCHEDA APPROPRIATEZZA

NEUROPATIE PERIFERICHE DI CHARCOT-MARIE-TOOTH (geni PMP22, GJB1)

PAZIENTE

COGNOME E NOME _____ DATA DI NASCITA _____

Inviato da: _____

Familiarità ☐ SI ☐ NO (Se SI allegare albero genealogico)

Sospetto diagnostico: _____

CLINICA

Età all'esordio: _____

Sintomi all'esordio: _____

Valutazione clinica: (indicare la data dell'ultima valutazione _____)

Neuropatia: ☐ Sensitiva ☐ Motoria ☐ Mista

Debolezza ☐ SI ☐ NO se SI, dove? _____

Debolezza indotta da pressione: ☐ SI ☐ NO

Atrofia muscolare: ☐ SI ☐ NO se SI, dove? _____

Riflessi: ☐ Normali ☐ Ridotti ☐ Assenti

☐ Foot drop ☐ Scoliosi ☐ Ipoacusia neurosensoriale

Anomalie della marcia: ☐ SI ☐ NO (se SI specificare _____)

Valutazione neurofisiologica ☐ SI ☐ NO (se SI allegare referti)

Alterazioni neurologiche SNC: ☐ SI ☐ NO (se SI specificare _____)

ESAMI MOLECOLARI GIA' ESEGUITI

	Gene esaminato	Tipo di esame	Risultato
1.			
2.			
3.			

Data _____

Firma _____