

**SCHEDA APPROPRIATEZZA**

**POLINEUROPATIA AMILOIDOTICA PERIFERICA DOMINANTE (gene TTR)**

**Paziente:**

COGNOME E NOME \_\_\_\_\_ DATA DI NASCITA \_\_\_\_\_

Inviato da: \_\_\_\_\_

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

Mutazione/i nota: ☐ SI ☐ NO (Se SI specificare \_\_\_\_\_)

**CLINICA**

Età all'esordio: \_\_\_\_\_

Sintomi all'esordio: \_\_\_\_\_

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

Anomalie della marcia: ☐ SI ☐ NO se SI, descrivere: \_\_\_\_\_

Utilizzo di sussidi ortopedici o sedia a rotelle: ☐ SI ☐ NO

Debolezza muscolare arti inferiori: ☐ SI ☐ NO

Debolezza muscolare arti superiori: ☐ SI ☐ NO

Deficit sensitivi: ☐ SI ☐ NO se SI, descrivere: \_\_\_\_\_

Disautonomia: ☐ SI ☐ NO

Malassorbimento: ☐ SI ☐ NO

Cardiopatía ipertrofica: ☐ SI ☐ NO

Cardiopatía dilatativa: ☐ SI ☐ NO

Ulcere degli arti: ☐ SI ☐ NO

EMG: ☐ SI ☐ NO (se SI allegare referto)

Altro: (indicare altre informazioni di rilevanza clinica) \_\_\_\_\_

**Biopsia nervo:** ☐ SI ☐ NO (se SI allegare referto)

**Valutazione Cardiologica:** ☐ SI ☐ NO

▪ ECG ☐ SI ☐ NO (se SI allegare referto)

▪ ECO ☐ SI ☐ NO (se SI allegare referto)

**ESAMI MOLECOLARI GIA' ESEGUITI**

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

**MATERIALE DISPONIBILE**

☐ Biopsia nervo ☐ Biopsia cutanea ☐ Altro (specificare):

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_