

## DYSKINESIES PAROXYSTIQUES

### Fiche de renseignements cliniques

### Joindre un compte rendu d'hospitalisation

Nom du patient : Prénom :  
Nom de jeune fille :  
Date de naissance : Age :

- **Patient :**

Age du 1<sup>er</sup> épisode :

Type de mouvement :

Durée des épisodes :

Nombre d'épisodes / fréquence :

Facteurs déclencheurs :  mouvement  exercice  fatigue  alcool/café  
 fièvre  autre (préciser) :

Autres Manifestations cliniques :

Ataxie	oui – non
Mouvements oculaires anormaux	oui – non
Etat de mal épileptique	oui – non
Epilepsie (préciser type)	oui – non
Retard de développement moteur	oui – non
Retard de développement intellectuel	oui – non
IRM cérébrale normale	oui – non
Autre...	

- **Apparentés :**

Existence d'apparentés ayant présenté des mouvements anormaux : oui – non

Nom de famille des apparentés atteints (si différent du patient) :

Autres manifestations observées **chez les apparentés**

- **Traitement :**

**ARBRE GENEALOGIQUE** (préciser les noms de famille et noms de jeune fille)