





4.4 **Anomalies du nerf crânien :** Oui \_\_\_ Non \_\_\_ n.d. \_\_\_

(Dans la négative ou si la réponse n'est pas disponible [n.d.], passez à la question 4.5)

4.4.1 Mastication ou succion faible : Oui \_\_\_ Non \_\_\_ n.d. \_\_\_

4.4.2 Paralysie de Bell : Droit : Oui \_\_\_ Non \_\_\_ n.d. \_\_\_ Gauche : Oui \_\_\_ Non \_\_\_ n.d. \_\_\_

4.4.3 Surdité neurosensorielle : Oui \_\_\_ Non \_\_\_ n.d. \_\_\_

4.4.4 Troubles d'équilibre, vestibulaires : Oui \_\_\_ Non \_\_\_ n.d. \_\_\_

4.4.5 Troubles de déglutition : Oui \_\_\_ Non \_\_\_ n.d. \_\_\_

## SECTION 5 – OBSERVATIONS PHYSIQUES (CRITÈRES MINEURS)

### Garçon

5.1 Micropénis : Oui \_\_\_ Non \_\_\_ n.d. \_\_\_ 5.2 Cryptorchidie : Oui \_\_\_ Non \_\_\_ n.d. \_\_\_

### Fille

5.3 Lèvres hypoplastiques : Oui \_\_\_ Non \_\_\_ n.d. \_\_\_

### Garçon ou fille

5.4 Malformations cardiovasculaires (mineures) : Oui \_\_\_ Non \_\_\_ n.d. \_\_\_  
(mineure = persistance du canal artériel, petite communication interauriculaire ou interventriculaire, aucune réparation)

5.5 Malformations cardiovasculaires (majeures) : Oui \_\_\_ Non \_\_\_ n.d. \_\_\_  
(majeure = anomalies du septum auriculoventriculaire avec tétralogie de Fallot, arc aortique)

5.6 Décrivez la maladie cardiaque : \_\_\_\_\_

5.7 Fente labiale : Oui \_\_\_ Non \_\_\_ n.d. \_\_\_

5.8 Fente palatine : Oui \_\_\_ Non \_\_\_ n.d. \_\_\_

5.9 Fistule trachéo-oesophagienne : Oui \_\_\_ Non \_\_\_ n.d. \_\_\_

5.10 Face distinctive du syndrome CHARGE : Oui \_\_\_ Non \_\_\_ n.d. \_\_\_

## SECTION 6 – OBSERVATIONS PHYSIQUES (OCCASIONNELLES)

6.1 Anomalies rénales : Oui \_\_\_ Non \_\_\_ n.d. \_\_\_

Décrivez : \_\_\_\_\_

6.2 Anomalies des mains (p. ex., polydactylie, hypoplasie du pouce) : Oui \_\_\_ Non \_\_\_ n.d. \_\_\_

6.3 Anomalies de la colonne (p. ex., hémivertèbres) : Oui \_\_\_ Non \_\_\_ n.d. \_\_\_

6.4 Défaillances abdominales (p. ex., hernie) : Oui \_\_\_ Non \_\_\_ n.d. \_\_\_

6.5 Anomalies du cou ( paules fuyantes, cou palmé, court) : Oui \_\_\_ Non \_\_\_ n.d. \_\_\_

6.6 Anomalies dentaires : Oui \_\_\_ Non \_\_\_ n.d. \_\_\_

6.7 Anomalies de la fonction immunitaire : Oui \_\_\_ Non \_\_\_ n.d. \_\_\_ Dans l'affirmative, spécifiez : \_\_\_\_\_

6.8 Autres observations non précisées ci-dessus : \_\_\_\_\_

## SECTION 7 – ANTÉCÉDENTS FAMILIAUX

7.1 Parenté touchée de manière similaire par des caractéristiques du syndrome CHARGE : Oui \_\_\_ Non \_\_\_ n.d. \_\_\_

Décrivez : \_\_\_\_\_

7.2 Autres antécédents familiaux d'importance (déficience auditive, trouble du développement ou de l'apprentissage) :

Oui \_\_\_ Non \_\_\_ n.d. \_\_\_ Décrivez : \_\_\_\_\_

7.3 Ethnie (mère) : Caucasienn \_\_\_ Asiatique \_\_\_ Afro-Canadienn \_\_\_ Asiatique du Sud \_\_\_ Canadienn de souche \_\_\_  
Autre \_\_\_\_\_

7.4 Ethnie (père) : Caucasienn \_\_\_ Asiatique \_\_\_ Afro-Canadienn \_\_\_ Asiatique du Sud \_\_\_ Canadienn de souche \_\_\_  
Autre \_\_\_\_\_

**SECTION 8 – OBSERVATIONS GASTRO-INTESTINALES**

8.1 Reflus gastro-œsophagien : Oui \_\_\_ Non \_\_\_ n.d. \_\_\_

8.2 Troubles de l'alimentation : Oui \_\_\_ Non \_\_\_ n.d. \_\_\_

Décrivez : \_\_\_\_\_

8.3 Besoin d'une sonde en G ou en J pour s'alimenter? Oui \_\_\_ Non \_\_\_ n.d. \_\_\_

Décrivez (durée) : \_\_\_\_\_

Décrivez le mode d'alimentation actuel : \_\_\_\_\_

**SECTION 9 – OBSERVATIONS COMPORTEMENTALES OU PSYCHOLOGIQUES**

9.1 Hyperactivité ou inattention : Oui \_\_\_ Non \_\_\_ n.d. \_\_\_

9.2 Troubles importants du sommeil : Oui \_\_\_ Non \_\_\_ n.d. \_\_\_

9.3 Comportement répétitif, obsessionnel ou compulsif (parole ou mouvement) : Oui \_\_\_ Non \_\_\_ n.d. \_\_\_

9.4 Médicaments pour le comportement : Oui \_\_\_ Non \_\_\_ n.d. \_\_\_

Décrivez : \_\_\_\_\_

**SECTION 10 – OBSERVATIONS ENDOCRINIENNES**10.1 Petite taille (<5<sup>e</sup> percentile) : Oui \_\_\_ Non \_\_\_ n.d. \_\_\_

10.2 Déficience de l'hormone de croissance : Oui \_\_\_ Non \_\_\_ n.d. \_\_\_

10.3 Retard pubertaire : Oui \_\_\_ Non \_\_\_ n.d. \_\_\_

10.4 Médication ou hormonothérapie substitutive en traitement du trouble endocrinien : Oui \_\_\_ Non \_\_\_ n.d. \_\_\_

Décrivez : \_\_\_\_\_

**SECTION 11 – OBSERVATIONS NEUROLOGIQUES**

11.1 Convulsions : Oui \_\_\_ Non \_\_\_ n.d. \_\_\_

11.2 Scoliose : Oui \_\_\_ Non \_\_\_ n.d. \_\_\_

11.3 Migraine : Oui \_\_\_ Non \_\_\_ n.d. \_\_\_

11.4 Anomalie à la tomographie ou à l'imagerie par résonance magnétique : Oui \_\_\_ Non \_\_\_ n.d. \_\_\_

En cas d'anomalie, décrivez : \_\_\_\_\_

**SECTION 12 – CHIRURGIE OU ANESTHÉSIE**

12.1 Trachéotomie : Oui \_\_\_ Non \_\_\_ n.d. \_\_\_

12.2 Nombre d'insertion de drains en T : 1-2 \_\_\_ 3-4 \_\_\_ 5-6 \_\_\_ 7+ \_\_\_ Zéro \_\_\_

12.3 Interventions chirurgicales : 1 à 3 \_\_\_ 4 à 6 \_\_\_ 7 à 10 \_\_\_ 11 à 14 \_\_\_ 15+ \_\_\_

12.4 Anesthésie : 1 à 3 \_\_\_ 4 à 6 \_\_\_ 7 à 10 \_\_\_ 11 à 14 \_\_\_ 15+ \_\_\_

12.5 Complications anesthésiques : Oui \_\_\_ Non \_\_\_ n.d. \_\_\_

Décrivez : \_\_\_\_\_

12.6 Complications sédatives : Oui \_\_\_ Non \_\_\_ n.d. \_\_\_

Décrivez : \_\_\_\_\_

**SECTION 13 – RENSEIGNEMENTS AU SUJET DU PATIENT**

13.1 Occupation du père (avant la grossesse) : \_\_\_\_\_

**Pendant la grossesse**

13.2 Occupation de la mère : \_\_\_\_\_

13.3 Consommation d'alcool : Oui \_\_\_ Non \_\_\_ n.d. \_\_\_

Décrivez (moments et quantité) : \_\_\_\_\_

13.4 Tabagisme : Oui \_\_\_ Non \_\_\_ n.d. \_\_\_

Décrivez (moments et quantité) : \_\_\_\_\_

13.5 Médicaments utilisés : Oui \_\_\_ Non \_\_\_ n.d. \_\_\_

Décrivez (types de médicaments, moments, quantité et raison) : \_\_\_\_\_

13.6 Fièvre ou infection : Oui \_\_\_ Non \_\_\_ n.d. \_\_\_

Décrivez (moments, pathologie et durée) : \_\_\_\_\_

13.7 Saignement : Oui \_\_\_ Non \_\_\_ n.d. \_\_\_

Décrivez (moments, quantité et durée) : \_\_\_\_\_

13.8 Rayons-X : Oui \_\_\_ Non \_\_\_ n.d. \_\_\_

Décrivez (moments, type et raison) : \_\_\_\_\_

13.9 Traitements pour les cheveux : Oui \_\_\_ Non \_\_\_ n.d. \_\_\_

Décrivez (moments et type) : \_\_\_\_\_

13.10 Contact avec des pesticides : Oui \_\_\_ Non \_\_\_ n.d. \_\_\_

Décrivez (moments, durée et type) : \_\_\_\_\_

13.11 Contact avec des substances de nettoyage à sec : Oui \_\_\_ Non \_\_\_ n.d. \_\_\_

Décrivez (moments et fréquence) : \_\_\_\_\_

13.12 Autres inquiétudes au sujet d'une exposition : Oui \_\_\_ Non \_\_\_ n.d. \_\_\_

Décrivez (moments et type) : \_\_\_\_\_

**SECTION 14 – MÉDECIN DÉCLARANT**

Prénom \_\_\_\_\_ Nom \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_

Ville \_\_\_\_\_ Province \_\_\_\_\_ Code postal \_\_\_\_\_

Téléphone \_\_\_\_\_ Télécopieur \_\_\_\_\_

Courriel \_\_\_\_\_ Date de complétion \_\_\_\_\_

**Merci d'avoir rempli ce formulaire.**