



Centre hospitalier
de l'Université de Montréal



**DEMANDE DE CONSULTATION
NEUROLOGIE
CENTRE D'EXPERTISE EN NEUROFIBROMATOSE**

Date de la demande (aaaa/mm/jj) : ____ / ____ / ____	<input type="checkbox"/> Consultation et/ou <input type="checkbox"/> Prise en charge
Médecin référent : _____	Permis : _____ Signature : _____
<i>Faxer la demande au 514-412-7000 avec rapports d'imagerie, de laboratoire et de pathologie pertinents.</i>	

NEUROFIBROMATOSE TYPE 1
<input type="checkbox"/> Diagnostic NF1 confirmé : <input type="checkbox"/> Clinique Âge au diagnostic : _____ et/ou <input type="checkbox"/> Génétique (joindre rapport moléculaire)
<input type="checkbox"/> Diagnostic NF1 suspecté : _____ _____ _____
Problèmes actifs : <input type="checkbox"/> Tumeur <input type="checkbox"/> Progression des symptômes : _____ <input type="checkbox"/> Projet familial <input type="checkbox"/> Autre : _____

NEUROFIBROMATOSE TYPE 2 ou SCHWANNOMATOSE
<input type="checkbox"/> Diagnostic confirmé : <input type="checkbox"/> Clinique : <input type="checkbox"/> NF2 <input type="checkbox"/> Schwannomatose Âge au diagnostic : _____ et/ou <input type="checkbox"/> Génétique (joindre rapport moléculaire) : <input type="checkbox"/> NF2 <input type="checkbox"/> LZTR1 <input type="checkbox"/> SMARCB1
<input type="checkbox"/> Diagnostic suspecté : _____ _____
Problèmes actifs : <input type="checkbox"/> Progression hypoacousie <input type="checkbox"/> Progression tumorale et/ou des symptômes : _____ <input type="checkbox"/> Projet familial <input type="checkbox"/> Autre : _____