

## MALATTIA DI ANDERSON-FABRY

### SCHEDA PAZIENTE

#### SPAZIO RISERVATO AL CLINICO REFERENTE

Data di invio \_\_\_\_/\_\_\_\_/20\_\_ Campione proveniente da (Città): \_\_\_\_\_

Ospedale \_\_\_\_\_ (Reparto) \_\_\_\_\_

Referente Dott. \_\_\_\_\_

Recapito telefonico \_\_\_\_\_ indirizzo e-mail \_\_\_\_\_

**Dichiaro di essere in possesso del consenso informato, per indagini genetiche e molecolari, rilasciato dal paziente, il cui campione è stato inviato presso il vostro Centro per lo studio.**

Firma del medico \_\_\_\_\_

#### INFORMAZIONI PAZIENTE

Codice Numerico oppure Cognome e Nome: \_\_\_\_\_

Sesso: M F Data e luogo di nascita \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_)

Età: \_\_\_\_\_

Familiarità per patologie SI NO NON SO

Se SI specificare quali: \_\_\_\_\_

#### Se indagine familiare per malattia di Fabry:

Cognome e Nome del Probando affetto: \_\_\_\_\_

Grado di parentela: \_\_\_\_\_

#### INFANZIA

Acroparestesie SI NO NON SO

Ipoidrosi-Anidrosi SI NO NON SO

Cornea verticillata SI NO NON SO

Opacità corneale SI NO NON SO

Intolleranza al freddo o al caldo SI NO NON SO

Febbre ricorrente SI NO NON SO

Dolori addominali SI NO NON SO

Altro: \_\_\_\_\_

#### ADOLESCENZA

Angiocheratomi SI NO NON SO

Manifestazioni gastrointestinali SI NO NON SO tipo: \_\_\_\_\_

Faticabilità SI NO NON SO

Altro: \_\_\_\_\_

## ETA' ADULTA

<b>Cardiomiopatie</b>	SI	NO	NON SO
Aritmie cardiache	SI	NO	NON SO tipo: _____
Difetti di conduzione	SI	NO	NON SO tipo: _____
Ipertrofia ventricolare sinistra	SI	NO	NON SO
Cornea verticillata	SI	NO	NON SO
Cataratta subcapsulare	SI	NO	NON SO
Tortuosità dei vasi sanguigni della retina	SI	NO	NON SO

Artrite reumatoide	SI	NO	NON SO
Angina	SI	NO	NON SO
Dispnea	SI	NO	NON SO
Infarto	SI	NO	NON SO
Altro: _____			

<b>Insufficienza Renale</b>	SI	NO	NON SO
Albuminuria	SI	NO	NON SO
Proteinuria	SI	NO	NON SO
Iperazotemia	SI	NO	NON SO
Dialisi/Trapianto	SI	NO	NON SO
Altro: _____			

<b>Manifestazioni neurologiche</b>	SI	NO	NON SO
Perdita di udito	SI	NO	NON SO
Tinnito auricolare	SI	NO	NON SO
Ictus	SI	NO	NON SO
Ischemia cerebrale	SI	NO	NON SO
TIA	SI	NO	NON SO
Altro: _____			

<b>Vasculopatie</b>	SI	NO	NON SO
Descrizione : _____			
Iperensione	SI	NO	NON SO
Mal di testa ricorrenti	SI	NO	NON SO

Terapia farmacologica in atto

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Specificare se il paziente fa uso dei seguenti farmaci:

Clorochina	SI	NO	NON SO
Amiodarone	SI	NO	NON SO



Eventuali analisi strumentali eseguite

---

---

---

Indicare i risultati di eventuali analisi genetiche eseguite

---

---

---

Informazioni su eventuali familiari con manifestazioni cliniche simili (specificare il sesso, l'età, la linea di parentela e i sintomi)

---

---

---

---

---

---

---

Note

---

---

---

---

---