

Formulaires pour les membres de la famille

Mère

Prénom: _____ Nom : _____

Date de naissance : _____ No. RAMQ : _____

Problèmes médicaux connus de la mère: (cocher tous les éléments applicables)

- ☐ Hyperthermie maligne fatale
- ☐ Survie à un événement d'hyperthermie maligne fulminante
- ☐ Événement d'hyperthermie maligne possible
- ☐ Décès périopératoire non considérée comme HM
- ☐ Décès périopératoire à cause indéterminée
- ☐ Syndrome de réponse inflammatoire systémique ou mort subite
- ☐ Mort subite de cause inconnue
- ☐ Syndrome malin associé à des neuroleptiques
- ☐ Intolérance à la chaleur
- ☐ Atteinte musculaire chronique
- ☐ CFIDS (fatigue chronique et syndrome de dysfonctionnement immunitaire)
- ☐ Douleur musculaire, faiblesse ou fièvre avec l'exercice
- ☐ Urine foncée épisodique et douleurs musculaires
- ☐ Diabète : ☐ Non spécifié ☐ Type 1 ☐ Type 2
- ☐ Inconnu
- ☐ Aucune de ces réponses
- ☐ Autre (préciser) : _____

Résultat du test génétique :

- ☐ Positif ☐ Négatif ☐ Pas effectué

Si positif : quelle est la mutation génétique? _____

Résultat du test de biopsie musculaire (TCCH):

- ☐ Positif ☐ Négatif ☐ Équivoque ☐ Pas effectué ☐ Autre (préciser) : _____

Antécédents anesthésiques :

Date ou année	Chirurgie	Hôpital	Complication(s)
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

Prénom: _____ Nom : _____

Date de naissance : _____ No. RAMQ : _____

Problèmes médicaux connus de la mère: (cocher tous les éléments applicables)

- ☐ Hyperthermie maligne fatale
- ☐ Survie à un événement d'hyperthermie maligne fulminante
- ☐ Événement d'hyperthermie maligne possible
- ☐ Décès périopératoire non considérée comme HM
- ☐ Décès périopératoire à cause indéterminée
- ☐ Syndrome de réponse inflammatoire systémique ou mort subite
- ☐ Mort subite de cause inconnue
- ☐ Syndrome malin associé à des neuroleptiques
- ☐ Intolérance à la chaleur
- ☐ Atteinte musculaire chronique
- ☐ CFIDS (fatigue chronique et syndrome de dysfonctionnement immunitaire)
- ☐ Douleur musculaire, faiblesse ou fièvre avec l'exercice
- ☐ Urine foncée épisodique et douleurs musculaires
- ☐ Diabète : ☐ Non spécifié ☐ Type 1 ☐ Type 2
- ☐ Inconnu
- ☐ Aucune de ces réponses
- ☐ Autre (préciser) : _____

Résultat du test génétique :

- ☐ Positif ☐ Négatif ☐ Pas effectué

Si positif : quelle est la mutation génétique? _____

Résultat du test de biopsie musculaire (TCCH):

- ☐ Positif ☐ Négatif ☐ Équivoque ☐ Pas effectué ☐ Autre (préciser) : _____

Antécédents anesthésiques :

Date ou année	Chirurgie	Hôpital	Complication(s)
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

Autre membre de la famille (imprimer une copie par membre)

Relation avec le patient?

- | | | |
|---------------------------------------|--|--|
| ☐ Mère | ☐ Nièce/neveu | ☐ Grand-parent (côté père) |
| ☐ Père | ☐ Grand-parent (côté mère) | ☐ Tante/oncle (côté père) |
| ☐ Enfant | ☐ Tante/oncle (côté mère) | ☐ Cousin germain (côté père) |
| ☐ Frère/sœur | ☐ Cousin germain (côté mère) | ☐ 2 ^e cousin (côté père) |
| ☐ Petit-enfant | ☐ 2 ^e cousin (côté mère) | ☐ Autre (côté père) |
| ☐ Demi-frère | ☐ Autre (côté mère) | ☐ Autre membre de la famille |

Prénom: _____ **Nom :** _____

Date de naissance : _____ **Sexe :** ☐ M ☐ F

Problèmes médicaux connus de la mère: (cocher tous les éléments applicables)

- ☐ Hyperthermie maligne fatale
- ☐ Survie à un événement d'hyperthermie maligne fulminante
- ☐ Événement d'hyperthermie maligne possible
- ☐ Décès périopératoire non considérée comme HM
- ☐ Décès périopératoire à cause indéterminée
- ☐ Syndrome de réponse inflammatoire systémique ou mort subite
- ☐ Mort subite de cause inconnue
- ☐ Syndrome malin associé à des neuroleptiques
- ☐ Intolérance à la chaleur
- ☐ Atteinte musculaire chronique
- ☐ CFIDS (fatigue chronique et syndrome de dysfonctionnement immunitaire)
- ☐ Douleur musculaire, faiblesse ou fièvre avec l'exercice
- ☐ Urine foncée épisodique et douleurs musculaires
- ☐ Diabète : ☐ Non spécifié ☐ Type 1 ☐ Type 2
- ☐ Inconnu
- ☐ Aucune de ces réponses
- ☐ Autre (préciser) : _____

Résultat du test génétique :

- ☐ Positif ☐ Négatif ☐ Pas effectué

Si positif : quelle est la mutation génétique? _____

Résultat du test de biopsie musculaire (TCCH):

- ☐ Positif ☐ Négatif ☐ Équivoque ☐ Pas effectué ☐ Autre (préciser) : _____

Antécédents anesthésiques :

Date ou année	Chirurgie	Hôpital	Complication(s)
_____	_____	_____	_____