



Biomnis

Fiche de renseignements cliniques
Etude du gène de la mucoviscidose
(gène CFTR)

DIVISION INTERNATIONALE • Tél. : +33 (0)4 72 80 23 85 • Fax : +33 (0)4 72 80 73 56 • E-mail : international@biomnis.com

PATIENT

Nom :
 Prénom :
 Date de naissance : | | | | | | | | | |
 Sexe : F M

MÉDECIN PRESCRIPTEUR

Nom du médecin :
 Adresse :
 CP : | | | | | Ville :
 Pays :
 Tél. : | | | | | | | | | |

ANALYSES DEMANDÉES

- Mucoviscidose CFTR, recherche des mutations les plus fréquentes : **cotation NABM B400 réf. 4041**
- Mucoviscidose CFTR, génotypage complet par séquençage nouvelle génération (NGS) : **cotation Hors Nomenclature**

ARBRE GÉNÉALOGIQUE

Origine géographique* :
 (*la fréquence et la distribution des mutations varient selon l'origine géographique/ethnique)

Consanguinité : OUI (*précisez sur l'arbre*) NON

ATTESTATION DE CONSULTATION ET CONSENTEMENT ÉCLAIRÉ

(Décret n° 2008-321 du 4 avril 2008 - arrêté du 27 mai 2013)

Je soussigné
 Docteur en médecine, certifie avoir apporté à mon (ma) patient(e)

M.....
 les informations définies selon l'article R.1131-4 du décret n°2008-321 du 4 avril 2008 du code de santé publique et de l'arrêté du 27 mai 2013 et avoir recueilli le consentement éclairé de mon (ma) patient(e) dans les conditions prévues à l'article R.1131-5.

Fait à
 Le | | | | |

Signature du médecin

Je soussigné(e) M.....
 reconnais avoir reçu et compris les informations sus-décrites et donne mon consentement à la réalisation de l'analyse de génétique, conformément aux articles R.1131-4 et R1131-5 du code de la santé publique et de l'arrêté du 27 mai 2013.

Fait à
 Le | | | | |

Signature du patient

MOTIVATION DE LA DEMANDE CHEZ UN ENFANT OU UN ADULTE

- Suspicion de mucoviscidose**
 - Atteinte ORL :
 - Atteinte respiratoire :
 - Atteinte digestive :
 - Atteinte pancréatique :
 - Test de la sueur : NON OUI, valeur (*précisez l'unité*) :

- Infertilité**
 Absence bilatérale des canaux déférents (ABCD) : NON OUI
Merci de joindre le compte-rendu échographique et les résultats des examens complémentaires

- Procréation médicalement assistée**
- Don d'ovocytes**
- Suspicion de mucoviscidose chez un fœtus**
 DDR : | | | | | Date de grossesse : | | | | |
 Amniocentèse : NON OUI
 Dosage des enzymes digestives dans le liquide amniotique : NON OUI, résultat :
Merci de joindre le(s) compte(s)-rendu(s) échographique(s) et les résultats du bilan complémentaire

- Enquête familiale**
 - Dépistage d'hétérozygote dans la famille d'une personne atteinte de mucoviscidose
 Mutation familiale à rechercher :
 - Merci de joindre le compte-rendu du résultat de l'analyse du gène CFTR*
 - Dépistage d'hétérozygote chez un Conjoint de malade Conjoint d'hétérozygote