FORMULAIRE À REMPLIR PAR LE MÉDECIN PRESCRIPTEUR ET À JOINDRE AU PRÉLÈVEMENT SANGUIN

eurofins | 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

R26-INTFR - Octobre 2016