

## Fiche de renseignements cliniques

# Etude du gène de Fièvre Méditerranéenne Familiale

### DIVISION INTERNATIONALE

17/19, avenue Tony Garnier • BP 7322 • 69357 Lyon cedex 07  
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  
Origine géographique : .....  
Consanguinité :  OUI  NON

#### Indications

Suspicion clinique  Enquête familiale  
 Mutation familiale

### PRÉ-REQUIS

Nombre d'accès inflammatoires non expliqués : ≥ 3  OUI  NON  
 Valeur de résultat de CRP élevée en crise : ..... mg/l  
 Age de début des symptômes : ..... ans

### RENSEIGNEMENTS CLINIQUES

**Fièvre**  
 OUI  NON  ND  
 38°C  39°C  40°C  >40°C

**Thorax**  
Douleur  OUI  NON  ND  
Péricardite  OUI  NON  ND

**NeuriSensoriel**  
Surdité  OUI  NON  ND  
Conjonctivite  OUI  NON  ND  
Uvéite  OUI  NON  ND  
Papillite  OUI  NON  ND  
Céphalée  OUI  NON  ND  
Méningite  OUI  NON  ND  
Retard mental  OUI  NON  ND

**Locomoteur**  
Myalgie  OUI  NON  ND  
Arthrite  OUI  NON  ND  
Arthralgie  OUI  NON  ND  
Arthropathie Déformante  OUI  NON  ND

**Abdomen**  
Douleur  OUI  NON  ND  
Vomissement  OUI  NON  ND  
Diarrhée  OUI  NON  ND

**Cutanéo muqueux**  
Pseudo-érysipèle  OUI  NON  ND  
Urticaire  OUI  NON  ND  
Aphtes bucaux  OUI  NON  ND  
Aphtes génitaux  OUI  NON  ND  
Scrotite  OUI  NON  ND

**Reins**  
Protéinurie  OUI  NON  ND  
Amylose  OUI  NON  ND

**Divers**  
Splénomégalie  OUI  NON  ND  
Hépatomégalie  OUI  NON  ND  
Adénopathie  OUI  NON  ND  
Pharyngite  OUI  NON  ND  
Retard staturo-pondéral  OUI  NON  ND

### MÉDECIN PRESCRIPTEUR

Nom : Dr .....  
Adresse : .....  
CP :    Ville : .....  
Pays : .....  
Tél. :

### 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