



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..... reconnaissais avoir reçu et compris les informations sus-déescrites 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) :

 InfertilitéAbsence 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 OUIDosage 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