biomnis
BIOLOGIE MÉDICALE SPÉCIALISÉE

Formulaire à remplir par le médecin prescripteur et à joindre au prélèvement sanguin

Etude du gène de Fièvre Méditerranéenne Familiale

IDENTITÉ DU SUJET PRÉLEVÉ

Nom : .....

Prénom : .....

Date de Naissance : ☐☐ ☐☐ ☐☐

Sexe : ☐ F ☐ M

Origine géographique : .....

Consanguinité : ☐ OUI ☐ NON

INDICATIONS

☐ Suspicion clinique ☐ Enquête familiale

☐ Mutation familiale

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

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

Pseudoérysipèle	☐ 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