



Mucoviscidose / Infertilité / Pancréatite

FICHE A JOINDRE A LA PRESCRIPTION, AU PRELEVEMENT ET AU CONSENTEMENT SIGNE

<u>Identité du sujet prélevé</u> (<i>Etiquette</i>)	<u>Origine du prélèvement</u> (<i>Tampon service</i>)
Nom: Prénom: Date de naissance: Sexe: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Hôpital: } Service: } Téléphone: } Médecin Référent:

Circonstances de l'analyse génétique

Sujet prélevé: **Atteint** (1er prélèvement 2nd prélèvement) **Non atteint**

Origine Géographique: **Famille ou patient de la famille déjà connu?**

Consanguinité: Oui Non

Arbre généalogique à dessiner au verso (si nécessaire)

Oui, dans notre laboratoire
Nom du cas index / N°Labo:
 Oui, dans un autre laboratoire
Joindre une copie du résultat.
 Non

<u>Indications de la recherche</u>	<u>Manifestations cliniques</u>												
<input type="checkbox"/> Etude d'un cas index <input type="checkbox"/> Suspicion de mucoviscidose <input type="checkbox"/> Absence bilatérale des canaux déférents <input type="checkbox"/> Suspicion de CBAVD <input type="checkbox"/> Suspicion de mucoviscidose chez un fœtus <i>(Analyse sous traitée)</i> <input type="checkbox"/> Etude chez un apparenté de malade <i>Mutation à rechercher :</i> <i>Joindre une copie du résultat d'analyse</i> <input type="checkbox"/> Etude chez un conjoint de malade ou porteur <i>Nom du sujet atteint ou transmetteur:</i> <i>ou joindre une copie du compte-rendu</i> <input type="checkbox"/> Grossesse en cours - <i>DDR:</i> - <i>Date de grossesse:</i>	<input type="checkbox"/> Atteinte respiratoire chronique <input type="checkbox"/> Toux chronique / Rhinosinusite chronique <input type="checkbox"/> Expectations mucopurulentes <input type="checkbox"/> Colonisation à <i>Pseudomonas aeruginosa</i> <input type="checkbox"/> Obstruction des voies aériennes <i>Sifflement / Dyspnée expiratoire</i> <input type="checkbox"/> Polypose nasosinusienne <input type="checkbox"/> Anomalies de la radio pulmonaire <input type="checkbox"/> Atteinte digestive et troubles nutritionnels <input type="checkbox"/> Obstruction intestinale distale / ileus méconial <input type="checkbox"/> Douleurs abdominales, Stéatorrhée, Pancréatite <input type="checkbox"/> Syndrome de perte de sel: <input type="checkbox"/> Sensibilité accrue à la déshydratation <input type="checkbox"/> Infertilité <input type="checkbox"/> Test de la sueur - Méthode:												
	<table border="1"> <thead> <tr> <th>Date</th> <th>Valeur</th> <th>Normes</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> </tbody> </table>	Date	Valeur	Normes									
Date	Valeur	Normes											