

Nom du Médecin Prescripteur :	Nom du Patient :
Adresse du Médecin Prescripteur :	Prénom :
Date de la prescription :	Sexe : <input type="checkbox"/> Masculin <input type="checkbox"/> Féminin
	Date de naissance : ___.___. ___.___. ___.___.___.___.
	Statut : <input type="checkbox"/> Cas index <input type="checkbox"/> Apparenté d'une famille porteuse d'une mutation identifiée
	Nom de famille du cas-index :
	Phénotype / Génotype SERPINA1 :

Histoire de la pathologie

Circonstances de découverte :

*Antécédents familiaux évocateurs : (arbre généalogique)

Données clinico-biologiques

■ Sérum :

Dosage de l'alpha1- antitrypsine :

Activité anti-élastasique :

Phénotype d'alpha1- antitrypsine :

Renseignements cliniques :

Pathologie hépatique :

Pathologie pulmonaire :

- Cirrhose
- Cholestase
- Hépatite
- Cytolyse hépatique
- Transplantation hépatique
- Autre pathologie :
- Tabaquisme :
- Asthme
- Bronchite chronique
- BPCO
- Emphysème
- Bronchectasies
- Pneumothorax

Merci de joindre le consentement signé par le patient et le médecin prescripteur