

**Nom du Médecin Prescripteur :**

.....

**Adresse du Médecin Prescripteur :**

.....  
.....  
.....  
.....

**Date de la prescription :** .....

**Nom du Patient :** .....

Nom de jeune fille : .....

**Prénom :** .....

**Sexe :** ☐ Masculin ☐ Féminin

**Date de naissance :** |..| |..| |..|

**Statut :** ☐ Cas index

☐ 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 :

- ☐ Cirrhose
- ☐ Cholestase
- ☐ Hépatite
- ☐ Cytolyse hépatique
- ☐ Transplantation hépatique

☐ Autre pathologie : .....

☐ Tabagisme : .....

Pathologie pulmonaire :

- ☐ Asthme
- ☐ Bronchite chronique
- ☐ BPCO
- ☐ Emphysème
- ☐ Bronchectasies
- ☐ Pneumothorax

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