



INSTITUT DE BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE

PROTEINES, BIOLOGIE PREDICTIVE

☎ 03.20.44.68.36 ou 03.20.44.51.45

MARQUEURS PREDICTIFS DE MALADIES CHRONIQUES

ANALYSE MOLECULAIRE DANS LE CADRE DES PATHOLOGIES AUTOINFLAMMATOIRES FAMILIALES :  
FIEVRE MEDITERRANEENNE FAMILIALE OU MALADIE PERIODIQUE (FMF) - CRYOPYRINOPATHIE, MUCKE WELLS SYNDROME (CAPS)

COORDONNEES DE L'ORGANISME DEMANDEUR

Demandeur

Adresse

CP  Ville

Téléphone  Télécopie

E mail

PATIENT

Nom

Nom d'épouse

Prénom

Né(e) le

Sexe  F  M

SERVICE CLINIQUE

Nom du

Médecin

réfèrent

Date de l'examen

Votre référence

Service/Unité

RENSEIGNEMENTS CLINIQUES

LE PATIENT  Atteint  Non symptomatique, demande d'analyse dans le cadre d'une enquête familiale

Préciser le degré de parenté avec le sujet atteint de la famille : .....

Origine géographique du patient (indiquer le pays) : .....

Age de début des symptômes : .....

Nombre d'accès inflammatoires inexpliqués : .....

Dernier taux de CRP : .....

Signes cliniques : .....

.....

.....

ANTECEDENTS FAMILIAUX

Joindre un arbre généalogique avec les informations correspondantes en indiquant le patient (☐) et les apparentés atteints

(noter si possible les noms et prénoms) Noter pour les apparentés atteints, l'âge au diagnostic.

ANALYSE(S) DEMANDEE(S)

Fièvre méditerranéenne familiale ou maladie périodique (FMF)

Déficits en cryopyrine (CAPS) : Urticaire familiale au froid, syndrome de Mücke et Wells

S'agit-il d'un 2ème prélèvement de confirmation d'une mutation déjà identifiée chez le patient ?  OUI  NON

Une analyse moléculaire liée au diagnostic évoqué chez le patient a-t-elle déjà été réalisée chez un apparenté ?  OUI  NON

Si oui indiquer les nom et prénom de l'apparenté : .....

**N'oubliez pas de joindre le consentement éclairé obligatoire ainsi que l'ordonnance médicale.**

CADRE RESERVE AU LABORATOIRE

Date de réception :

Conformité du prélèvement :  OUI  NON