

**INSTITUT DE BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE**

**- SECTEUR TOXICOLOGIE ET GENOPATHIES -**

**☎ 03.20.44.48.01**

**FAX 03.20.44.49.57**

**GENETIQUE des BRONCHECTASIES**

**Codes Analyses CIRUS / MOLIS = DDB**

**Contacts :** Dr Adrien PAGIN - adrien.pagin@chu-lille.fr

Informations et documents disponibles <https://biologiepathologie.chu-lille.fr/>

**mars-24**

**COORDONNEES DE L'ORGANISME DEMANDEUR**

Demandeur																									
Adresse																									
CP					Ville																				
Téléphone									Télécopie																
E mail																									

**PATIENT**

**SERVICE CLINIQUE**

Nom	<i>ETIQUETTE PATIENT</i>	Nom du ou des	<i>TAMPON DU MEDECIN</i>
Nom d'épouse		Médecins	
Prénom		prescripteurs	
Né(e) le		Votre référence	
Sexe		Service/Unité	

Origine géographique/ethnique :  Caucasoïde  Autre :

Joindre : - Le formulaire ci-dessous dûment rempli ou un courrier médical explicite  
- Une copie du consentement écrit ou de l'attestation de consultation (Décret n°2008-321 du 4 avril 2008)

**RENSEIGNEMENTS COMPLEMENTAIRES**

- **Antécédents familiaux :**  Mucoviscidose  Dyskinésie Ciliaire  Dilatation des bronches  Autres:

Si oui, précisez le lien de parenté (et si disponible le génotype ou joindre le résultat):

- **Manifestations Respiratoires :**

Age des premières manifestations :

Dilatation des bronches	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<b>si oui :</b> Locales / Diffuses	
Détresse respiratoire néonatale	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Otitis	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Polypose naso-sinusienne	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Asthme	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Rhinosinusite chronique	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Autres :	

- **Atteintes associées :**

Hypofertilité / stérilité	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<b>si oui précisez :</b>	
Polykystose rénale	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Hypoacousie / surdité	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Rétinite pigmentaire	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Autres :	

- **Malposition viscérale :**

Situs inversus	<input type="checkbox"/> Complet <input type="checkbox"/> Incomplet	<i>si incomplet précisez les organes :</i>
Dextrocardie	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Autres :

- **Biologie : joindre les résultats de test de la sueur et NO nasal**

Test de la sueur	<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Douteux <input type="checkbox"/> Elevé	Précisez la valeur :
NO nasal	<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Bas <input type="checkbox"/> Effondré	Précisez la valeur :

Autres tests :

- **Etude ciliaire : joindre le résultat**

Microscopie électronique  Normale  Anormale, précisez :

Autres tests :

**MODALITES DE PRELEVEMENT ET D'EXPEDITION**

<b>Prélèvement :</b> sur EDTA (tubes à bouchon violet) 2X5 mL de sang pour un adulte, 2 à 5 mL pour un enfant étiqueter chaque tube et conserver à température ambiante	<b>Envoi :</b> à température ambiante, par courrier rapide, dans une boîte rigide fermée hermétiquement et tubes bien protégés.
---	---