

Etude du gène de la mucoviscidose (gène CFTR)

IDENTITÉ DU SUJET PRÉLEVÉ

Nom :
Prénom :
Date de Naissance : () () () () () ()
Sexe F M

MÉDECIN PRESCRIPTEUR

Nom : Dr
Adresse :
CP : () () () () Ville :
Tél. : () () () () () () () () () () () ()

ANALYSES DEMANDÉES

- Mucoviscidose CFTR, recherche des mutations les plus fréquentes : cotation NABM B400 réf. 4041
 Mucoviscidose CFTR, génotypage complet par séquençage nouvelle génération (NGS) : cotation Hors Nomenclature

ARBRE GÉNÉALOGIQUE

Origine géographique* :
*(*la fréquence et la distribution des mutations varient selon l'origine géographique/ethnique)*

Consanguinité : OUI (précisez sur l'arbre) NON

ATTESTATION DE CONSULTATION ET CONSENTEMENT ÉCLAIRÉ

(Décret n° 2008-321 du 4 avril 2008 -
arrêté du 27 mai 2013)

Je soussigné
Docteur en médecine, certifie avoir apporté
à mon (ma) patient(e)

M.....
les informations définies selon l'article
R.1131-4 du décret n°2008-321 du 4 avril
2008 du code de santé publique et de l'arrêté
du 27 mai 2013 et avoir recueilli le consen-
tement éclairé de mon (ma) patient(e) dans
les conditions prévues à l'article R.1131-5.

Fait à

le () () () ()

Signature du médecin

MOTIVATION de la demande chez un enfant ou un adulte

- Suspicion de mucoviscidose
 Atteinte ORL :
 Atteinte respiratoire :
 Atteinte digestive :
 Atteinte pancréatique :
Test de la sueur : NON OUI, valeur (précisez l'unité) :

- Infertilité
Absence bilatérale des canaux déférents (ABCD) : NON OUI
Merci de joindre le compte-rendu échographique et les résultats des examens complémentaires

- Procréation médicalement assistée

- Don d'ovocytes

- Suspicion de mucoviscidose chez un fœtus
DDR : () () () () () () Date de grossesse : () () () () () ()
Amniocentèse : NON OUI
Dosage des enzymes digestives dans le liquide amniotique : NON OUI, résultat :
Merci de joindre le(s) compte(s)-rendu(s) échographique(s) et les résultats du bilan complémentaire

- Enquête familiale
 Dépistage d'hétérozygote dans la famille d'une personne atteinte de mucoviscidose
Mutation familiale à rechercher :
Merci de joindre le compte-rendu du résultat de l'analyse du gène CFTR
 Dépistage d'hétérozygote chez un Conjoint de malade
 Conjoint d'hétérozygote

Je soussigné(e) M.....
reconnais avoir reçu et compris les infor-
mations sus-décrites et donne mon
consentement à la réalisation de l'analyse
de génétique, conformément aux articles
R.1131-4 et R1131-5 du code de la santé
publique et de l'arrêté du 27 mai 2013.

Fait à

le () () () ()

Signature du patient