biomnis
BIOLOGIE MÉDICALE SPÉCIALISÉE

Formulaire à remplir par le médecin prescripteur et à joindre au prélèvement sanguin

Etude du gène de Fièvre Méditerranéenne Familiale

IDENTITÉ DU SUJET PRÉLEVÉ

Nom : .....

Prénom : .....

Date de Naissance : ☐☐ ☐☐ ☐☐

Sexe ☐ F ☐ M

MÉDECIN PRESCRIPTEUR

Nom : Dr .....

Adresse : .....

CP : ☐☐☐☐☐ Ville : .....

Tél. : ☐☐ ☐☐ ☐☐ ☐☐ ☐☐

INDICATIONS

☐ Suspicion clinique

☐ Enquête familiale

Mutation familiale à rechercher : .....

Merci de joindre le compte-rendu de l'analyse.

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 consentement éclairé de mon (ma) patient(e) dans les conditions prévues à l'article R.1131-5.

Fait à .....

le ☐☐ ☐☐ ☐☐

Signature du médecin

Je soussigné(e) M.....
reconnais avoir reçu et compris les informations 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

RENSEIGNEMENTS CLINIQUES

Critères de Tel Hashomer

Critères majeurs

☐ Episodes fébriles récurrents avec péritonite, arthrite ou pleurésie

☐ Amylose de type AA sans cause identifiée

☐ Réponse favorable à un traitement continu par colchicine

Critères mineurs

☐ Episodes fébriles récurrents

☐ Pseudoérysipèle

☐ FMF chez un parent du premier degré

☐ Autre : .....

RENSEIGNEMENTS THÉRAPEUTIQUES

☐ Colchicine Autre : .....