

PATIENT		ASPECT LEGAUX : Doc. à joindre impérativement	
Nom :		<input type="checkbox"/> Attestation de consultation confirmant que le prescripteur à recueilli le consentement éclairé du patient et/OU à défaut, le consentement du patient.	
Nom JF :			
Prénom :		<input type="checkbox"/> Coordonnées du prescripteur à qui transmettre les résultats.	
DDN :		Nom :	Adresse :
Statut du patient :	<input type="checkbox"/> Grossesse en cours	<input type="checkbox"/> Traitement médicamenteux (préciser) : _____	
	<input type="checkbox"/> Greffe de moelle	<input type="checkbox"/> Transfusion < 3jours	
ATTENTION, en cas de greffe ou de transfusion inférieure à 3 jours, l'analyse est irréalisable.			

RENSEIGNEMENTS SUR LA PARENTÉ

Exploration d'un cas index (le patient a présenté des signes cliniques, biologiques, radiologiques ou histologiques).

Exploration d'un sujet apparenté (enquête familiale) : la mutation recherchée est-elle présente chez un(des) membre(s) de la famille?

Sujet atteint :	Votre Conjoint :	Nom : _____	Prénom : _____	DDN : _____
	Votre Père :	Nom : _____	Prénom : _____	DDN : _____
	Votre Mère :	Nom : _____	Prénom : _____	DDN : _____
	Votre 1 ^{er} enfant :	Nom : _____	Prénom : _____	DDN : _____
	Votre 2 ^{ème} enfant :	Nom : _____	Prénom : _____	DDN : _____
	Votre 3 ^{ème} enfant :	Nom : _____	Prénom : _____	DDN : _____

CONTEXTE CLINIQUE

THROMBOPHILIE

Dans les 3 mois précédents votre Maladie ThromboEmboliqueVeineuse (MTEV)

Immobilisation plâtrée. Fracture d'un membre inférieur.

Chirurgie sous anesthésie générale supérieure à 30 minutes. Alitement supérieur à 3 jours.

Voyage récent supérieur à 6 heures.

Indications cliniques complémentaires :

Grossesse ou Post-Partum. Tabagisme

Traitement hormonal substitutif (THS) de la ménopause pris dans l'année. Obésité

Contraception oestroprogestative (CO) prise dans l'année. Varices

Examens demandés : FV Leiden (R506Q) FII (20210 G>A) MTHFR (677 C>T)

HÉMOCHROMATOSE

Examens demandés : HFE 1 C282Y (p.Cys282Tyr) HFE 1 H63D (p.His63Asp) HFE 1 S65C (p.Ser65Cys)

Examen transmis Ferroportine Récepteur 2 transferrine* Autres* :

HLA

Suspicion de : Maladie auto-immune Spondylarthrite ankylosante Maladie de Behçet Uvéite

Diabète Polyarthrite rhumatoïde Maladie coeliaque

Bilan de : Rhumatologie Narcolepsie Ophtalmologie Diabétologie

Autres renseignements cliniques éventuels : _____

Examens demandés : Typage HLA de Classe I : HLA B27 HLA B51 (5)* HLA A29* Autre* :

* Examen transmis Typage HLA de Classe II : DR1* DR3* DR4* DR5*

DQ2/DQ8* DQB1*0602* Autre* :

Recherche de l'allèle HLA B27 seul (génotypage)

ARBRE GÉNÉALOGIQUE / Origines géographiques