



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

RENSEIGNEMENTS SUR LA PARENTÉ			
<input type="checkbox"/> Exploration d'un cas index (le patient a présenté des signes cliniques, biologiques, radiologiques ou histologiques).			
<input type="checkbox"/> 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)	
<input type="checkbox"/> Immobilisation plâtrée.	<input type="checkbox"/> Fracture d'un membre inférieur.
<input type="checkbox"/> Chirurgie sous anesthésie générale supérieure à 30 minutes.	<input type="checkbox"/> Alitement supérieur à 3 jours.
<input type="checkbox"/> Voyage récent supérieur à 6 heures.	
Indications cliniques complémentaires :	
<input type="checkbox"/> Grossesse ou Post-Partum.	<input type="checkbox"/> Tabagisme
<input type="checkbox"/> Traitement hormonal substitutif (THS) de la ménopause pris dans l'année.	<input type="checkbox"/> Obésité
<input type="checkbox"/> Contraception oestroprogestative (CO) prise dans l'année.	<input type="checkbox"/> Varices
Examens demandés :	<input type="checkbox"/> FV Leiden (R506Q) <input type="checkbox"/> FII (20210 G>A) <input type="checkbox"/> MTHFR (677 C>T) <input type="checkbox"/> MTHFR (1298 A>C)

HÉMOCHROMATOSE	
Examens demandés :	<input type="checkbox"/> HFE 1 C282Y (p.Cys282Tyr) <input type="checkbox"/> HFE 1 H63D (p.His63Asp) <input type="checkbox"/> HFE 1 S65C (p.Ser65Cys)
<i>*Examen transmis</i>	<input type="checkbox"/> Ferroportine* <input type="checkbox"/> Récepteur 2 transferrine* <input type="checkbox"/> Autres* :

HLA	
Suspicion de :	<input type="checkbox"/> Maladie auto-immune <input type="checkbox"/> Spondylarthrite ankylosante <input type="checkbox"/> Maladie de Behçet <input type="checkbox"/> Uvéite
	<input type="checkbox"/> Diabète <input type="checkbox"/> Polyarthrite rhumatoïde <input type="checkbox"/> Maladie coeliaque
Bilan de :	<input type="checkbox"/> Rhumatologie <input type="checkbox"/> Narcolepsie <input type="checkbox"/> Ophtalmologie <input type="checkbox"/> Diabétologie
Autres renseignements cliniques éventuels : _____	
Examens demandés :	<input type="checkbox"/> Typage HLA de Classe I : <input type="checkbox"/> HLA B27 <input type="checkbox"/> HLA B51 (5)* <input type="checkbox"/> HLA A29* <input type="checkbox"/> Autre* :
	<input type="checkbox"/> Typage HLA de Classe II : <input type="checkbox"/> DR1* <input type="checkbox"/> DR3* <input type="checkbox"/> DR4* <input type="checkbox"/> DR5*
	<i>* Examen transmis</i> <input type="checkbox"/> DQ2/DQ8* <input type="checkbox"/> DQB1*0602* <input type="checkbox"/> Autre* :
<input type="checkbox"/> Recherche de l'allèle HLA B27 seul (génotypage)	

ARBRE GÉNÉALOGIQUE / Origines géographiques	