

GENETIQUE DES BRONCHECTASIES

(Mucoviscidose atypique ou pathologies « CF-like » et dyskinésies ciliaires primitives)

Dr Adrien PAGIN (adrien.pagin@chu-lille.fr) – Tel : 03 20 44 49 56 – Secrétariat : 03 20 44 48 01 – Fax : 03 20 44 49 57

Identité du patient : Nom : Prénom : Nom d'épouse : Date de naissance : / / Sexe : <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F Origine géographique/ethnique : Caucasoïde <input type="checkbox"/> Autre <input type="checkbox"/>	Médecin prescripteur : Hôpital : Service : Téléphone :	Nom du préleveur : Service/laboratoire : Date de prélèvement: Date d'envoi :
---	--	---

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)

<p>• Antécédents familiaux : <input type="checkbox"/> Mucoviscidose <input type="checkbox"/> Dilatation des bronches <input type="checkbox"/> Autres : Si oui préciser le lien de parenté :</p>	
<p>- Consanguinité parentale : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</p>	
<p>- Suspicion clinique :</p>	
	<p>Age des premières manifestations :</p>
Manifestations	<p>Dilatation des bronches <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non si oui : Locales / Diffuses</p>
Respiratoires :	<p>Detresse respiratoire néonatale <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</p>
	<p>Polypose naso-sinusienne <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</p>
	<p>Rhinosinusite chronique <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</p>
	<p>Otites <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</p>
	<p>Asthme <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</p>
	<p>Autre (précisez :.....)</p>
Malposition viscérale :	<p>Situs inversus <input type="checkbox"/> Complet <input type="checkbox"/> Incomplet (précisez organes :))</p>
	<p>Autres (précisez :.....)</p>
Atteinte Uro-génitale :	<p>Hypofertilité <input type="checkbox"/> Oui (précisez :.....) <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Non déterminée</p>
	<p>Polykystose rénale <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</p>
Autres manifestations :	<p>Détails :</p>
	<p>.....</p>
<p>- Signes biologiques :</p>	
	<p>Test de la sueur <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Douteux <input type="checkbox"/> Elevé</p>
	<p>(précisez les valeurs :.....)</p>
	<p>Autres tests (différence de potentiel nasal transépithélial, NO nasal...)</p>
	<p>Détails :.....</p>

MODALITES DE PRELEVEMENT ET D'EXPEDITION

<p><u>Prélèvement</u> : sur EDTA (tubes à bouchon violet) 2x5 ml de sang pour un adulte, 2 à 5 ml pour un enfant ; étiqueter chacun des tubes et conserver à température ambiante</p>	<p><u>Envoi</u> : à température ambiante, par courrier rapide, dans une boîte rigide fermée hermétiquement et tubes bien protégés.</p>
---	---