

LABORATOIRE AUTORISE POUR LA REALISATION DES EXAMENS DES CARACTERISTIQUES GENETIQUES D'UNE PERSONNE

PATIENT	MEDECIN PRESCRIPTEUR
Nom ..... Prénom ..... Adresse ..... ..... ..... Date de naissance : .....	Signature :

### INDICATIONS

Etude moléculaire d'un sujet atteint de mucoviscidose

Suspicion clinique

**Atteinte respiratoire**

<input type="checkbox"/> Infection/colonisation par des pathogènes typiques	<input type="checkbox"/> Bronchite chronique	<input type="checkbox"/> Asthme
<input type="checkbox"/> Dilatation des bronches	<input type="checkbox"/> Obstruction des voies aériennes	
<input type="checkbox"/> Polypose naso-sinusienne	<input type="checkbox"/> Rhinosinusite chronique	
<input type="checkbox"/> Autre (précisez) : .....		

**Atteinte digestive et troubles nutritionnels**

<input type="checkbox"/> Iléus méconial	<input type="checkbox"/> Obstruction intestinale distale	<input type="checkbox"/> Prolapsus rectal
<input type="checkbox"/> Insuffisance pancréatique	<input type="checkbox"/> Pancréatite chronique	<input type="checkbox"/> Hépatopathie chronique
<input type="checkbox"/> Retard de croissance		
<input type="checkbox"/> Autre (précisez) : .....		

**Agénésie bilatérale des canaux déférents**

<input type="checkbox"/> Compte-rendu clinique (à joindre)	<input type="checkbox"/> Résultat spermogramme (à joindre)	<input type="checkbox"/> Compte-rendu échographique (à joindre)
------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------

**Autres**

<input type="checkbox"/> Trypsine immuno-réactive augmentée (dépistage néonatal)	<input type="checkbox"/> Test de la sueur positif (au moins deux)
<input type="checkbox"/> Différence de potentiel transépithélial nasal pathologique	

Dépistage d'hétérozygotie

Avec antécédents

Antécédent familial personnel. Mutation(s) à rechercher : .....

Conjoint     atteint de mucoviscidose     ABCD     hétérozygote connu (précisez la mutation) : .....

Sans antécédent

Signe d'appel échographique chez un fœtus (joindre le compte-rendu échographique)

<input type="checkbox"/> Infertilité masculine (autre que ABCD)	<input type="checkbox"/> Oligo-Asthéno-Téatospermie OATS	<input type="checkbox"/> Azoospermie
<input type="checkbox"/> Bilan <input type="checkbox"/> pré-FIV <input type="checkbox"/> pré-ICSI	<input type="checkbox"/> Don d'ovocytes	
<input type="checkbox"/> Consanguinité <input type="checkbox"/> Dépistage systématique		

### ARBRE GENEALOGIQUE / Origines géographiques