

<p align="center"><b>Médecin prescripteur (senior obligatoire)</b></p> <p>Nom : ..... Signature (obligatoire) : Prénom : ..... Téléphone : ..... Fax : .....</p>	<p align="center"><b>Identité Patient</b></p> <p>Nom de naissance : ..... Nom usuel : ..... Prénom : ..... Date de naissance : ...../...../..... Sexe : <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F</p>
--	---

<p align="center"><b>Prescripteur APHP</b></p> <p>Identifiant APHP : .....</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; text-align: center;">Etiquette UH</div>	<p align="center"><b>Prescripteur extérieur (hors APHP)</b></p> <p>Identifiant RPPS: ..... Hôpital : ..... Service : ..... Adresse : ..... Ville : ..... CP : .....</p>	<p align="center"><b>Préleveur</b></p> <p>Nom : ..... Prénom : ..... Fonction : ..... Tél : ..... Date : ...../...../.....</p>
---	---	--

**ETUDE GENETIQUE DE MALADIES AUTO-INFLAMMATOIRES**

Gènes : ADA2 - ARPC1B - CDC42 – MEFV (FMF) – MVK (MKD) - NLR4 - NLRP1 - NLRP3 (CAPS) - PMVK - PSTPIP1 - RELA - RIPK1 - TNFAIP3 - TNFRSF1A (TRAPS) - WDR1

**Séquençage simultané des 15 gènes par NGS** (BHN 5570)

**FMF population à risque : Recherche des variants fréquents de l'exon 10 du gène MEFV** (BHN 570)

**Recherche d'un variant familial connu** Lien de parenté avec le patient : ..... Nom du gène : ..... Nom du variant : ..... (BHN 570 ou 720)

<p><b>Sujet prélevé :</b> <input type="checkbox"/> Atteint <input type="checkbox"/> Non atteint</p> <p><b>Histoire familiale :</b> <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <i>(si oui, joindre une copie de l'arbre généalogique)</i></p> <p><b>Consanguinité :</b> <input type="checkbox"/> Oui (préciser sur l'arbre) <input type="checkbox"/> Non</p>	<p><b>Famille / cas index connu ?</b></p> <p><input type="checkbox"/> Oui, dans notre laboratoire <b>Nom et prénom du cas index :</b> .....</p> <p><input type="checkbox"/> Oui, dans un autre laboratoire (joindre une copie du résultat) <input type="checkbox"/> Non</p>
--	---

<p><input type="checkbox"/> <b>Nombre d'accès inflammatoires non expliqués :</b> .....</p> <p><input type="checkbox"/> Valeur de <b>CRP élevée en crise (obligatoire)</b> : ..... mg/L</p> <p><input type="checkbox"/> <b>Age de début</b> des symptômes : ..... an(s)</p> <p><input type="checkbox"/> <b>Patient d'une pop à risque de FMF :</b> Oui : précisez ..... Non</p> <p><b>FIEVRE :</b> 38 39 40 &gt;40 NON ND</p>	<p>Fréquence des crises: <input type="checkbox"/> &lt;1/mois <input type="checkbox"/> 1 à 2/mois <input type="checkbox"/> &gt;2/mois <input type="checkbox"/> ND</p> <p>Durées des crises : ..... heures ..... jours</p> <p>Facteur déclenchant : aucun froid vaccin autre .....</p> <p>Autres signes ou maladie : .....</p> <p><b>Diagnostic suspecté :</b> .....</p>
--	--

<p><b>Gastro-intestinal</b></p> <p>Douleur abdominale <input type="checkbox"/></p> <p>Diarrhée <input type="checkbox"/></p> <p>Entérocolite/MICI <input type="checkbox"/></p> <p>Vomissement <input type="checkbox"/></p> <p><b>Thoracique</b></p> <p>Douleur <input type="checkbox"/></p> <p>Péricardite <input type="checkbox"/></p>	<p><b>Neurosensoriel</b></p> <p>Conjonctivite <input type="checkbox"/></p> <p>Céphalée <input type="checkbox"/></p> <p>Déficit intellectuel <input type="checkbox"/></p> <p>Méningite <input type="checkbox"/></p> <p>Papillite <input type="checkbox"/></p> <p>Surdité <input type="checkbox"/></p> <p>Uvéite <input type="checkbox"/></p>	<p><b>Rénal</b></p> <p>Amylose <input type="checkbox"/></p> <p>Protéinurie <input type="checkbox"/></p> <p><b>BIOLOGIE</b></p> <p>Pancytopénie <input type="checkbox"/></p> <p>Syndrome d'activation macrophagique <input type="checkbox"/></p> <p>Thrombocytopénie <input type="checkbox"/></p>	<p>Mévalonate urinaire en crise :</p> <p>Autres gènes déjà analysés :</p> <p><b>TRAITEMENT</b></p> <table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th colspan="3">Effet</th> </tr> <tr> <th></th> <th>Nul</th> <th>Partiel</th> <th>Total</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Colchicine</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Corticoïdes</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Autre .....</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table> <p><b>Autre signe / commentaire :</b></p>		Effet				Nul	Partiel	Total	Colchicine				Corticoïdes				Autre .....			
	Effet																						
	Nul	Partiel	Total																				
Colchicine																							
Corticoïdes																							
Autre .....																							
<p><b>Cutanéo muqueux</b></p> <p>Acné <input type="checkbox"/></p> <p>Aphtes buccaux <input type="checkbox"/></p> <p>Aphtes génitaux <input type="checkbox"/></p> <p>Furoncle <input type="checkbox"/></p> <p>Kératodermie palmoplantaire <input type="checkbox"/></p> <p>Livédo <input type="checkbox"/></p> <p>Nodules érythémateux <input type="checkbox"/></p> <p>Pseudoérysipèle <input type="checkbox"/></p> <p>Pyoderma gangrenosum <input type="checkbox"/></p> <p>Rashes cutanés <input type="checkbox"/></p> <p>Urticaire <input type="checkbox"/></p> <p>Vitiligo <input type="checkbox"/></p>	<p><b>Locomoteur</b></p> <p>Arthralgie <input type="checkbox"/></p> <p>Arthrite <input type="checkbox"/></p> <p>Arthropathie <input type="checkbox"/></p> <p>Myalgie <input type="checkbox"/></p> <p><b>Autres</b></p> <p>Adénopathie <input type="checkbox"/></p> <p>Hépatomégalie <input type="checkbox"/></p> <p>Pharyngite <input type="checkbox"/></p> <p>Retard Staturο-pondéral <input type="checkbox"/></p> <p>Splénomégalie <input type="checkbox"/></p> <p>Vascularite <input type="checkbox"/></p> <p align="center">Précisez : AVC/AIT livedo PAN</p>																						

**MODALITES DE PRELEVEMENT ET D'EXPEDITION :**

- Prélèvement sur tubes E.D.T.A. 5 à 10 ml de sang pour un adulte, 2 à 3 ml de sang pour un enfant.  
- Expédition : envoi par courrier rapide des tubes étiquetés et protégés dans une boîte rigide et hermétique à température ambiante.  
NE PAS CONGELER LES TUBES

**INFORMATIONS POUR LE PRESCRIPTEUR :** <https://hupc.manuelprelevement.fr/>

**DOCUMENTS A JOINDRE A TOUT PRELEVEMENT :**

- Cette feuille de prescription remplie et signée par le prescripteur
  - L'attestation d'information et de recueil de consentement (ou la copie du consentement écrit)
  - Bon de commande (pour les hôpitaux hors APHP)
- COTATION DE L'EXAMEN :** BHN570 à BHN5570 selon examen

Laboratoire autorisé à exercer l'activité de soins « examen des caractéristiques génétiques d'une personne ou identification d'une personne par empreintes génétiques à des fins médicales »