

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 ( <i>préciser</i> ) :	
	<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 :		Prénom :		DDN :	
	Nom :					
	Nom :		Prénom :		DDN :	
	Nom :		Prénom :		DDN :	
	Nom :		Prénom :		DDN :	
	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