

Fiche de renseignements pour les analyses génétiques en dermatologie

Pôle Clinique Universitaire des Spécialités Médicales SERVICE DE DERMATOLOGIE
Centre de Référence Maladies Rares de la Peau et des Muqueuses d'Origine Génétique

Responsable : Dr Christine CHIAVERINI - Tél 04.92.03.92.11 chiaverini.c@chu-nice.fr

Laboratoire : Dr Bruno FRANCOU Service Génétique Médicale Téléphone 04 92 03 64 60 / Fax 04 92 03 64 65 francou.b@chu-nice.fr
Hôpital de l'Archet 2 (niveau -3)

PARTIE OBLIGATOIRE

DEMANDE CONCERNANT :

NOM :

PRENOM :

DATE DE NAISSANCE :

LIEU DE NAISSANCE :

ADRESSE COMPLETE DE RESIDENCE :

Si possible

Tél :

Email :

(Si possible, à remplir pour les patients français)

NATURE DE LA PRISE EN CHARGE SOCIALE

N° de Sécurité Sociale :

Adresse du Centre de Sécurité Sociale :

ALD : OUI NON

PARENTS

CONSANGUINITE : ☐ OUI ☐ NON

MERE

NOM :

PRENOM :

DATE DE NAISSANCE :

LIEU DE NAISSANCE :

ORIGINE GEOGRAPHIQUE :

ADRESSE COMPLETE DE RESIDENCE :

Tel :

Email :

PERE

NOM :

PRENOM :

DATE DE NAISSANCE :

LIEU DE NAISSANCE :

ORIGINE GEOGRAPHIQUE :

ADRESSE COMPLETE DE RESIDENCE :

Tel :

Email :

MEDECINS CORRESPONDANTS A INFORMER (adresse + email + tel) :

Médecin traitant :

Autres spécialistes :

FICHE DE RENSEIGNEMENTS POUR LES ANALYSES GENETIQUES EN DERMATOLOGIE (suite)

Renseignements cliniques détaillées et photographies sont indispensables à l'interprétation immunohistochimique et génétique. Merci de les noter avec soins

Décrire..

PRESENCE DE CAS DANS LA FRATRIE :

☐ OUI

☐ NON

Si oui détailler :

NOM, PRENOM

DATE DE NAISSANCE

FILIATION

MERCI DE JOINDRE IMPERATIVEMENT UN ARBRE GENEALOGIQUE

PRELEVEMENTS ENVOYES AU LABORATOIRE

BIOPSIE CUTANEE

☐ OUI

☐ NON

Si oui indiquer :

- localisation

- présence bulle ou peau frottée

AUTRE ECHANTILLONS TISSULAIRES

☐ OUI

☐ NON

Si oui préciser (villosités chorales, lames etc)

ECHANTILLON SANGUIN

☐ OUI

☐ NON

Si oui, quelles personnes ont été prélevées

Patient

Père

Mère

Fratrie (préciser)

ECHANTILLON ADN

☐ OUI

☐ NON

Si oui, quelles personnes ont été prélevées

Patient

Père

Mère

Fratrie (préciser)

MERCI DE FOURNIR LE STATUT VIOLOGIQUE DES PATIENTS PRELEVES CONCERNANT HIV, HBV et HCV