

CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE DE BORDEAUX

Service de Génétique Médicale (Pr. D. Lacombe)

Laboratoire de Génétique Moléculaire
GROUPE HOPITAL PELLEGRIN

P. T. B. M. – TRIPODE 1^{er} étage
33076 BORDEAUX CEDEX

Dr Patricia FERGELOT, Dr Marie-Pierre REBOUL, Praticiens Hospitaliers

Téléphone: 05 56 79 87 23 ou 05 57 57 82 01 93

Télécopie: (33) 05 56 79 56 73 - Courriel : prenom.nom@chu-bordeaux.fr

DEMANDE D'ANALYSE MOLECULAIRE DU GENE CFTR EN CAS DE SUSPICION D'UNE INFERTILITE MASCULINE AVEC AZOOSPERMIE EXCRETOIRE ET ABSENCE DES CANAUX DEFERENTS

Date de la demande :

- ❖ Prélèvement: ☐ sang total sur EDTA (2 tubes de 3 ml ou 2 microtubes; pas de précaution particulière pour l'acheminement)
(cocher SVP) ☐ sang séché ☐ villosités chorales ☐ liquide amniotique

PATIENT, CAS INDEX, CONJOINT, APPARENTÉ ou DPN :

Nom:.....

Prénom :.....

Nom de jeune fille :.....

Sexe :.....

Age :.....

Né(e) le :.....

à:.....

PRESCRIPTEUR (à qui seront transmis les résultats par courrier) :

Dr :

Service :

Adresse :

.....

.....

Tél :

Fax :

Signature du prescripteur :

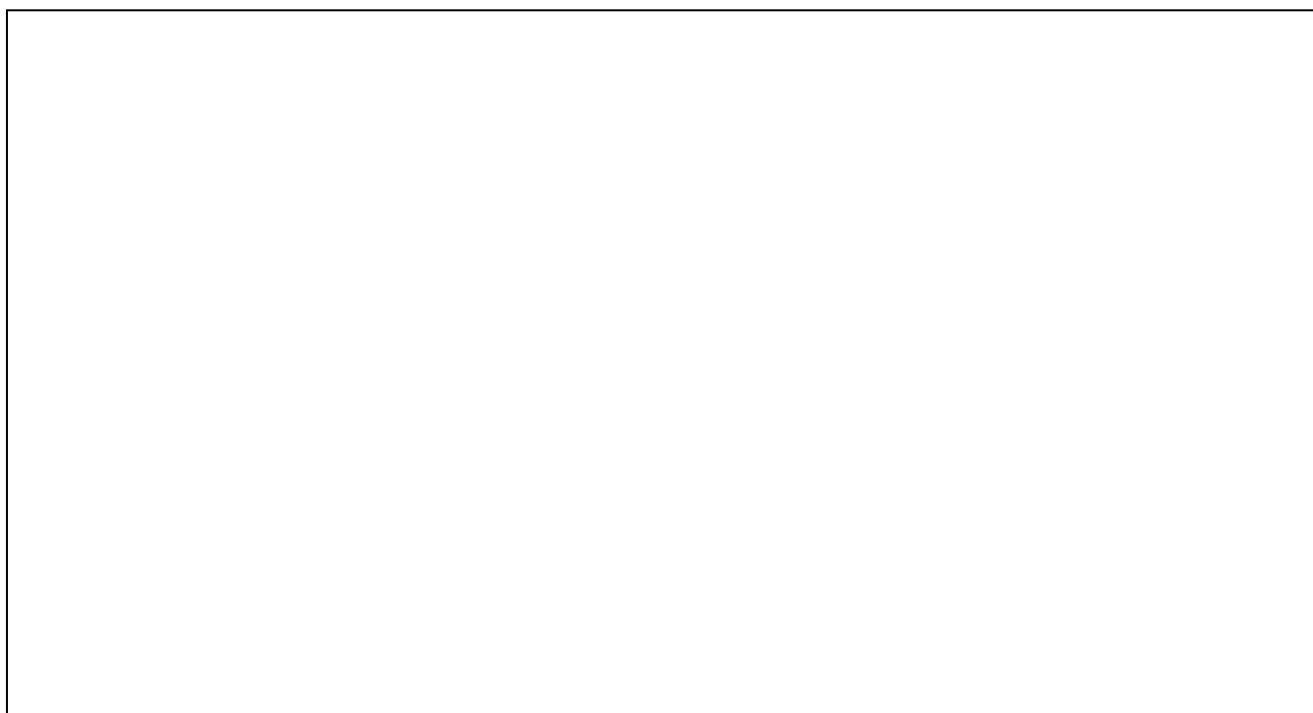
Lire très attentivement : INDISPENSABLE POUR LA REALISATION DE L'ANALYSE

- ❖ Joindre la **COPIE DU CONSENTEMENT** du patient ou le **CERTIFICAT** attestant que le consentement du patient a été recueilli (pré-requis légal conformément au décret 2000-570 du 23 juin 2000)
- ❖ Joindre la **FICHE ADMINISTRATIVE** avec les renseignements nécessaires à la **FACTURATION** de l'analyse.
- ❖ Joindre la **PRESENTE FICHE** après avoir rempli :
 - la page 2 : **RENSEIGNEMENTS FAMILIAUX**
 - la page 3 ou 4 : **INDICATIONS & RENSEIGNEMENTS CLINIQUES**
- ❖ Envoyer les échantillons accompagnés des divers documents (et d'autres pièces du dossier éventuellement) à l'**ADRESSE SUIVANTE** :

Laboratoire de Génétique Moléculaire
Plateau Technique de Biologie Moléculaire
TRIPODE – 1^{er} étage
GROUPE HOPITALIER PELLEGRIN
33076 BORDEAUX CEDEX

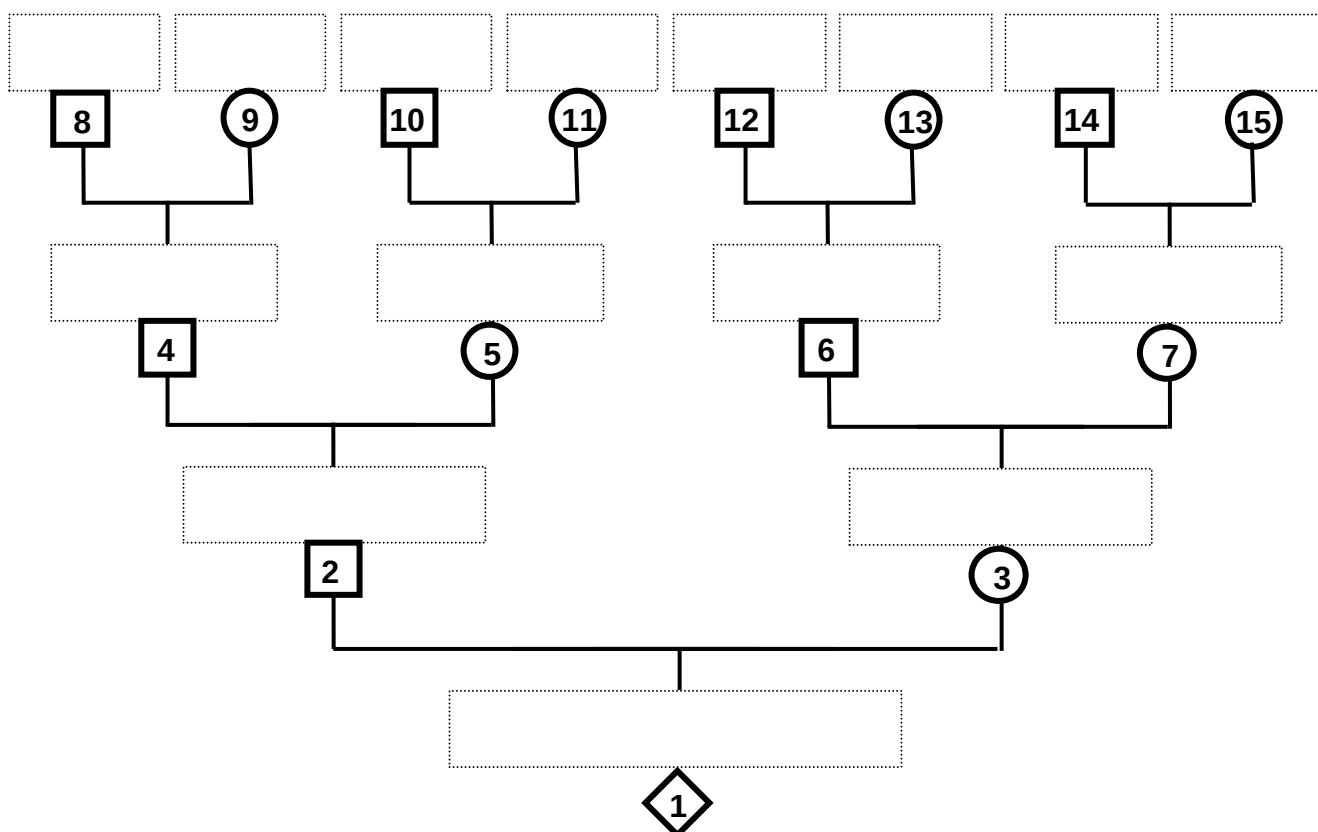
RENSEIGNEMENTS FAMILIAUX

❖ **Arbre généalogique** (à dessiner ou à décrire dans le cadre ci-dessous):



❖ **Origines géographiques**

(noter dans les cases rectangulaires en pointillés les lieux de naissance de tous les sujets numérotés de 1 à 15, sinon du maximum d'entre eux en privilégiant dans l'ordre les sujets 8 à 15, puis les sujets 4 à 7, puis les sujets 2 et 3)



Nom/Prénom du sujet analysé :

SIGNES D'APPEL, RENSEIGNEMENTS CLINIQUES

cocher les cases ☐ et compléter si possible

■ Antécédents familiaux d'une pathologie associée à une augmentation de fréquence des mutations du gène CFTR

☐ NON

☐ OUI (préciser laquelle ou lesquelles)

☐ Mucoviscidose classique chez un enfant ou un adulte

☐ Infertilité masculine : ☐ absence bilatérale des canaux déférents

☐ autre (préciser l'origine).....

☐ Affections pulmonaires (DDB, BPCO, etc....).....

☐ Polypose naso-sinusienne

☐ Pancréatite chronique

☐ autres :.....

❖ Le patient a-t'il eu un test de la sueur :

☐ NON

☐ OUI : valeur(s) :

méthode :

❖ Le cas échéant, indiquer la (ou les) mutation(s) du gène CFTR connues dans la famille :

.....

■ Données biologiques

● Spermogramme :

.....

.....

● Biochimie du sperme :

☐ volume :

☐ pH :

☐ concentration en fructose :

☐ taux de α 1-4 glucosidase :

☐ taux de carnitine :

■ Données cliniques

- **Compte-rendu (succinct) de la palpation :**

.....

.....

.....

.....

■ Données de l'imagerie

- **Echographie endorectale-prostato-vésiculaire :**

.....

.....

.....

.....

- **Echographie rénale :**

.....

.....

.....

.....

■ Autres données

.....

.....

.....

.....