

MALADIE DE RENDU-OSLER FICHE DE RENSEIGNEMENTS CLINIQUES

BIOLOGISTES RESPONSABLES :
PR GAETAN LESCA
DR MAUD TUSSEAU

Tél secrétariat : 0427856615
Tél biologiste : 0427856619

Nom du patient : **Bien joindre le consentement éclairé du patient**
Nom de jeune fille :
Prénom : Prescripteur :
Sexe : Masculin Féminin
Date de naissance : |___.__| |___.__| |___.___.__|

Statut :
 Cas index
 Apparenté d'une famille avec mutation identifiée
Nom de famille du cas-index :
DDN du cas index :
Gène muté :
Mutation identifiée :

Symptomatique
 Asymptomatique

1er prélèvement Prélèvement de confirmation

ETIQUETTE PATIENT

CADRE RESERVE AU LABORATOIRE

Critères cliniques

Épistaxis : Discrètes Spontanées répétées Anémiantes
Idée de fréquence :

Télangiectasies : Doigts Visage Lèvres Bouche
Nombre total < 5 5-30 > 30

Hérité : **(Bien joindre l'arbre généalogique du patient)**
Nombre d'individus atteints dans la famille :
Nombre de générations concernées :

Manifestations viscérales : Non Non explorées Oui à détailler :

- Gastro-intestinales
- Hépatiques
- Fistules pulmonaires
- Cérébrales
- Autres : A préciser :