

Fiche de renseignements pour les analyses génétique 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 : Service Génétique Médicale
Téléphone 04 92 03 64 60 / Fax 04 92 03 64 65
Hôpital de l'Archet 2 (niveau -3)
francou.b@chu-nice.fr

DEMANDE CONCERNANT :

NOM : _____ PRENOM : _____
DATE DE NAISSANCE : _____
LIEU DE NAISSANCE : _____
ADRESSE COMPLETE DE RESIDENCE : _____

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) :

Fiche de renseignements pour les analyses génétique en dermatologie

RENSEIGNEMENTS CLINIQUES

Renseignements cliniques détaillés et photographies sont indispensables à l'interprétation de l'étude immunohistologique et génétique.
Merci de les indiquer avec soin.

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 VIROLOGIQUE DES PATIENTS PRELEVES CONCERNANT HIV, HBV et HCV