

## Etude du gène de la mucoviscidose (gène CFTR)

### IDENTITÉ DU SUJET PRÉLEVÉ

Nom : .....  
Prénom : .....  
Date de Naissance : ( ) ( ) ( ) ( ) ( ) ( )  
Sexe  F  M

### MÉDECIN PRESCRIPTEUR

Nom : Dr .....  
Adresse : .....  
CP : ( ) ( ) ( ) ( ) Ville : .....  
Tél. : ( ) ( ) ( ) ( ) ( ) ( ) ( ) ( ) ( ) ( )

### ANALYSES DEMANDÉES

- Mucoviscidose CFTR, recherche des mutations les plus fréquentes : cotation NABM B400 réf. 4041  
 Mucoviscidose CFTR, génotypage complet par séquençage nouvelle génération (NGS) : cotation Hors Nomenclature

### ARBRE GÉNÉALOGIQUE

Origine géographique\* : .....  
*(\*la fréquence et la distribution des mutations varient selon l'origine géographique/ethnique)*

Consanguinité :  OUI (précisez sur l'arbre)  NON

### ATTESTATION DE CONSULTATION ET CONSENTEMENT ÉCLAIRÉ

(Décret n° 2008-321 du 4 avril 2008 -  
arrêté du 27 mai 2013)

Je soussigné .....  
Docteur en médecine, certifie avoir apporté  
à mon (ma) patient(e)

M.....  
les informations définies selon l'article  
R.1131-4 du décret n°2008-321 du 4 avril  
2008 du code de santé publique et de l'arrêté  
du 27 mai 2013 et avoir recueilli le consen-  
tement éclairé de mon (ma) patient(e) dans  
les conditions prévues à l'article R.1131-5.

Fait à .....

le ( ) ( ) ( ) ( )

Signature du médecin

### MOTIVATION de la demande chez un enfant ou un adulte

- Suspicion de mucoviscidose  
 Atteinte ORL : .....  
 Atteinte respiratoire : .....  
 Atteinte digestive : .....  
 Atteinte pancréatique : .....  
Test de la sueur :  NON  OUI, valeur (précisez l'unité) : .....

- Infertilité  
Absence bilatérale des canaux déférents (ABCD) :  NON  OUI  
Merci de joindre le compte-rendu échographique et les résultats des examens complémentaires

- Procréation médicalement assistée

- Don d'ovocytes

- Suspicion de mucoviscidose chez un fœtus  
DDR : ( ) ( ) ( ) ( ) ( ) ( ) Date de grossesse : ( ) ( ) ( ) ( ) ( ) ( )  
Amniocentèse :  NON  OUI  
Dosage des enzymes digestives dans le liquide amniotique :  NON  OUI, résultat : .....  
Merci de joindre le(s) compte(s)-rendu(s) échographique(s) et les résultats du bilan complémentaire

- Enquête familiale  
 Dépistage d'hétérozygote dans la famille d'une personne atteinte de mucoviscidose  
Mutation familiale à rechercher : .....  
Merci de joindre le compte-rendu du résultat de l'analyse du gène CFTR

- Dépistage d'hétérozygote chez un  Conjoint de malade  
 Conjoint d'hétérozygote

Je soussigné(e) M.....  
reconnais avoir reçu et compris les infor-  
mations sus-décrites et donne mon  
consentement à la réalisation de l'analyse  
de génétique, conformément aux articles  
R.1131-4 et R1131-5 du code de la santé  
publique et de l'arrêté du 27 mai 2013.

Fait à .....

le ( ) ( ) ( ) ( )

Signature du patient