|  |
| --- |
| Tabagisme actif : □ Oui □ Non  Exposition professionnelle : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Contexte clinique  Histoire familiale de déficit en A1AT : □ Oui □ Non  Maladie hépatique Maladie pulmonaire   * Cirrhose □ Asthme * Cholestase □ Bronchite chronique * Hépatite □ **Emphysème** * Cytolise hépatique □ BPCO * Greffe hépatique □ Bronchectasie   □ Pneumothorax  Autres, précisez : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

L’analyse de l’échantillon prélevé sera effectuée si toutes les informations de cet encadré sont remplies.

Date \_\_\_ /\_\_\_ /\_\_\_

**Informations concernant le patient** Nature du prélévement

Date de naissance \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ □ Sang prélevé au doigt du patient

Sexe □ Homme □ Femme □ Sang EDTA

Nom \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ □ Sang hépariné

Patronyme / \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ NB : le séquencage ne pourra pas être réalisé

nom de jeune fille avec du sang hépariné

|  |
| --- |
| Cochez les analyses demandées :  □ Dosage pondéral  **□** Phénotypage  **□** Séquencage du gène de l’alpha-1 antitrypsine |

Prénom \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

N° sécurité sociale : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ *(joindre une photocopie de la carte vitale)* **Obligatoire**

**Médecin prescripteur**

|  |
| --- |
| Apposer le tampon  du médecin au verso |

Nom \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Prénom \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Adresse (les résultats sont envoyés à l’adresse du médecin)**

Numéro et rue \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ville \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Code postal \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Numéro de téléphone \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

e-mail \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**CONSENTEMENT DU PATIENT OU DE L’AUTORITE PARENTALE**

Après avoir été informé(e), je soussigné(e) (nom,prénom) :\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Né(e) le : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Je donne mon consentement pour ce prélévement et j’autorise la réalisation d’un test génétique pour le diagnostic du déficit en alpha-1 antitrypsine.

**Les résultats ne seront transmis qu’au médecin prescripteur.**

Fait le : Signature obligatoire :