



Biomnis

**Fiche de renseignements cliniques**  
**Etude du gène**  
**de Fièvre Méditerranéenne Familiale**

**PATIENT**

Nom : .....

Prénom : .....

Date de naissance :

Sexe :  F  M

Origine géographique : .....

Consanguinité :  OUI  NON

**Indications**

Suspicion clinique  Enquête familiale

Mutation familiale

**MÉDECIN PRESCRIPTEUR**

Nom : Dr .....

Adresse : .....

CP :       Ville : .....

Tél. :

**PRÉ-REQUIS**

Nombre d'accès inflammatoires non expliqués :  $\geq 3$   OUI  NON

Valeur de résultat de CRP élevée en crise : ..... mg/l

Age de début des symptômes : ..... ans

**RENSEIGNEMENTS CLINIQUES**

**Fièvre**

OUI  NON  ND

38°C  39°C  40°C  >40°C

**Thorax**

Douleur  OUI  NON  ND

Péricardite  OUI  NON  ND

**NeuriSensoriel**

Surdité  OUI  NON  ND

Conjonctivite  OUI  NON  ND

Uvéite  OUI  NON  ND

Papillite  OUI  NON  ND

Céphalée  OUI  NON  ND

Méningite  OUI  NON  ND

Retard mental  OUI  NON  ND

**Locomoteur**

Myalgie  OUI  NON  ND

Arthrite  OUI  NON  ND

Arthralgie  OUI  NON  ND

Arthropathie Déformante  OUI  NON  ND

**Abdomen**

Douleur  OUI  NON  ND

Vomissement  OUI  NON  ND

Diarrhée  OUI  NON  ND

**Cutanéo muqueux**

Pseudo-érysipèle  OUI  NON  ND

Urticaire  OUI  NON  ND

Aphtes bucaux  OUI  NON  ND

Aphtes génitaux  OUI  NON  ND

Scrotite  OUI  NON  ND

**Reins**

Protéinurie  OUI  NON  ND

Amylose  OUI  NON  ND

**Divers**

Splénomégalie  OUI  NON  ND

Hépatomégalie  OUI  NON  ND

Adénopathie  OUI  NON  ND

Pharyngite  OUI  NON  ND

Retard staturo-pondéral  OUI  NON  ND

**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 consentement éclairé de mon (ma) patient(e) dans les conditions prévues à l'article R.1131-5.

Fait à .....

Le

Signature du médecin

Je soussigné(e) M..... reconnais avoir reçu et compris les informations 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