

IMPORTANT : CHECK LIST AVANT ENVOI

- Prescription médicale
- Attestation et consentement dûment signés par la patiente ET le prescripteur (http://www.labcerba.com/images/espace_medecin/CONSSG.pdf)
- Fiche clinique (voir verso)
- PRE-REQUIS OBLIGATOIRE (selon les recommandations du réseau national des laboratoires de diagnostic génétique des MAI) :
 - Au moins 3 accès inflammatoires inexpliqués
 - C-Réactive Protéine (CRP) élevée en période de crise (joindre copie des résultats)
 - Mévalonaturie élevée pendant les accès (pour Déficit en Mévalonate Kinase (MKD))

LABORATOIRE PRÉLEVEUR	PRÉLÈVEMENT SANGUIN (5ml sang total EDTA Température ambiante)
N° Client : <input style="width: 100px;" type="text"/> C / <input style="width: 20px;" type="text"/> <p style="text-align: center; font-size: small;">Cachet obligatoire</p>	Date du prélèvement : <input style="width: 100px;" type="text"/> Heure du prélèvement : <input style="width: 50px;" type="text"/> h <input style="width: 20px;" type="text"/>

PATIENTE	PRESCRIPTEUR
NOM : PRÉNOM : Nom de Naissance : Date de Naissance : <input style="width: 100px;" type="text"/> Adresse : CP Ville Tél : <input style="width: 100px;" type="text"/> Origine géographique : Consanguinité chez les parents : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Ne sait pas Antécédent familial d'un syndrome auto-inflammatoire (Crohn, RCH, Beçet...) : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Ne sait pas	NOM PRÉNOM Adresse CP Ville Tél. <input style="width: 100px;" type="text"/> Fax. <input style="width: 100px;" type="text"/> Adresse e-mail : Signature :

INDICATION	TEST DEMANDÉ (CODE NATURE : SGE)
<input type="checkbox"/> Suspicion Clinique <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Fièvre Méditerranéenne Familiale (FMF) <input type="checkbox"/> Syndrome périodique associé au récepteur 1 du TNF (TRAPS) <input type="checkbox"/> Syndrome périodique associé à la cryopyrine (CAPS) <input type="checkbox"/> Syndrome de fièvre périodique héréditaire lié à NLRP12 (NAPS12) <input type="checkbox"/> Syndrome de fièvre périodique avec hyper-Ig D (MKD) <input type="checkbox"/> Etude familiale (joindre le résultat du cas index)	<input type="checkbox"/> Etude du gène <i>MEFV</i> (exons 2, 3, 5, 9 et 10) (code OPL : MEFV) <input type="checkbox"/> Etude du gène <i>TNFRSF1A</i> (exons 2, 3 et 4) (code OPL : TRAPS) <input type="checkbox"/> Etude du gène <i>NLRP3</i> (exon 3) (code OPL : CAPS) <input type="checkbox"/> Etude du gène <i>NLRP12</i> (exon 3) (code OPL : NAPS) <input type="checkbox"/> Etude du gène <i>MVK</i> (exons 2 à 11) (code OPL : MVK) <input type="checkbox"/> Etude ciblée (gène MEFV, TNFRSF1A, NLRP3, NLRP12, MVK) <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Mutation (s) connue(s) :

MALADIES AUTO-INFLAMMATOIRES HÉRÉDITAIRES

FICHE CLINIQUE

- Facteur déclenchant :** Chaud Froid Vaccin Stress Fatigue
- Fréquence des crises :** <1/mois 1-2/mois >2/mois Chronique Ne sait pas
- Durée des crises :** **Age des premiers symptômes :**

- Inflammation**
- Fièvre Oui Non Ne sait pas
- CRP augmentée Oui Non Ne sait pas
- Thoracique**
- Douleurs Oui Non Ne sait pas
- Pleurite-Péricardite Oui Non Ne sait pas
- Pneumopathie Oui Non Ne sait pas
- Neuro-sensoriel**
- AVC/AIT Oui Non Ne sait pas
- Calcifications Oui Non Ne sait pas
- Céphalées Oui Non Ne sait pas
- Conjonctivite Oui Non Ne sait pas
- Encéphalites Oui Non Ne sait pas
- Epilepsies Oui Non Ne sait pas
- Méningite Oui Non Ne sait pas
- Papillite Oui Non Ne sait pas
- Retard mental Oui Non Ne sait pas
- Surdité Oui Non Ne sait pas
- Uvéite Oui Non Ne sait pas
- Locomoteur**
- Arthralgie Oui Non Ne sait pas
- Arthrite Oui Non Ne sait pas
- Myalgie Oui Non Ne sait pas
- Arthropathie déformante Oui Non Ne sait pas
- Ostéite Oui Non Ne sait pas
- Rénal**
- Amylose Oui Non Ne sait pas
- Baisse de fonction rénale Oui Non Ne sait pas
- Protéinurie Oui Non Ne sait pas

- I Gastro-intestinal**
- Abscès Oui Non Ne sait pas
- Cytolyse hépatique Oui Non Ne sait pas
- Hépatomégalie Oui Non Ne sait pas
- Cytolyse hépatique Oui Non Ne sait pas
- Splénomégalie Oui Non Ne sait pas
- Diarrhée Oui Non Ne sait pas
- Douleurs abdominales Oui Non Ne sait pas
- Hémorragie Oui Non Ne sait pas
- Vomissement Oui Non Ne sait pas
- Cutanéo-muqueux**
- Aphtes buccaux Oui Non Ne sait pas
- Aphtes génitaux Oui Non Ne sait pas
- Erythème noueux Oui Non Ne sait pas
- Folliculite/Acné Oui Non Ne sait pas
- Lipodystrophie Oui Non Ne sait pas
- Maculopapules Oui Non Ne sait pas
- Nécrose Oui Non Ne sait pas
- Œdème Oui Non Ne sait pas
- Pseudoérysipèle Oui Non Ne sait pas
- Psoriasis Oui Non Ne sait pas
- Pyoderma Oui Non Ne sait pas
- Ténosynovite Oui Non Ne sait pas
- Urticaire Oui Non Ne sait pas
- Vasculaire Oui Non Ne sait pas
- Divers**
- Retard staturo-pondéral Oui Non Ne sait pas
- Adénopathie Oui Non Ne sait pas
- Allergie Oui Non Ne sait pas
- Infections récurrentes Oui Non Ne sait pas
- Pharyngite Oui Non Ne sait pas

TRAITEMENT

- Colchicine :** Non Oui ► Réponse Non Complète Partielle
- Corticoïdes :** Non Oui ► Réponse Non Complète Partielle
- AINS :** Non Oui ► Réponse Non Complète Partielle
- Inhibiteur IL1 :** Non Oui ► Réponse Non Complète Partielle
- Inhibiteur TNF :** Non Oui ► Réponse Non Complète Partielle