

IMPORTANT : CHECK LIST AVANT ENVOI

- Prescription médicale
- Attestation et consentement dûment signés par la patiente ET le prescripteur (http://www.lab-cerba.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))

PATIENT	PRESCRIPTEUR
Nom <input style="width: 90%;" type="text"/> Prénom <input style="width: 90%;" type="text"/> Nom de naissance <input style="width: 90%;" type="text"/> Adresse..... Date de naissance : <input style="width: 15%;" type="text"/> / <input style="width: 15%;" type="text"/> / <input style="width: 20%;" 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	<div style="border: 1px solid black; border-radius: 15px; padding: 10px; text-align: center; margin-bottom: 10px;"> Cachet obligatoire </div> Signature : Adresse e-mail :
INDICATION	TEST DEMANDE (code nature : SGE)
<input type="checkbox"/> Suspicion clinique <ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> Fièvre Méditerranéenne Familiale (FMF) <input type="radio"/> Syndrome périodique associé au récepteur 1 du TNF (TRAPS) <input type="radio"/> Syndrome périodique associé à la cryopyrine (CAPS) <input type="radio"/> Syndrome de fièvre périodique héréditaire lié à NLRP12 (NAPS12) <input type="radio"/> 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 <i>MEFV</i> , <i>TNFRSF1A</i> , <i>NLRP3</i> , <i>NLRP12</i> , <i>MVK</i>) <input type="radio"/> Mutation (s) connue(s) :

PRELEVEMENT SANGUIN (5ml sang total EDTA Température ambiante)

Date de prélèvement : / / Heure de prélèvement : h

N° Client : C / Cachet du laboratoire préleveur :

Partie réservée à Cerba

Etiquette dossier CERBA

Verso pour renseignements cliniques ➔

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 :**

- | | |
|---|--|
| <p><input type="checkbox"/> Inflammation</p> <p style="padding-left: 20px;"><input type="checkbox"/> Fièvre <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non <input type="radio"/> Ne sait pas</p> <p style="padding-left: 20px;"><input type="checkbox"/> CRP augmentée <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non <input type="radio"/> Ne sait pas</p> <p><input type="checkbox"/> Thoracique</p> <p style="padding-left: 20px;"><input type="checkbox"/> Douleurs <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non <input type="radio"/> Ne sait pas</p> <p style="padding-left: 20px;"><input type="checkbox"/> Pleurite-Péricardite <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non <input type="radio"/> Ne sait pas</p> <p style="padding-left: 20px;"><input type="checkbox"/> Pneumopathie <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non <input type="radio"/> Ne sait pas</p> <p><input type="checkbox"/> Neuro-sensoriel</p> <p style="padding-left: 20px;"><input type="checkbox"/> AVC/AIT <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non <input type="radio"/> Ne sait pas</p> <p style="padding-left: 20px;"><input type="checkbox"/> Calcifications <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non <input type="radio"/> Ne sait pas</p> <p style="padding-left: 20px;"><input type="checkbox"/> Céphalées <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non <input type="radio"/> Ne sait pas</p> <p style="padding-left: 20px;"><input type="checkbox"/> Conjonctivite <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non <input type="radio"/> Ne sait pas</p> <p style="padding-left: 20px;"><input type="checkbox"/> Encéphalites <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non <input type="radio"/> Ne sait pas</p> <p style="padding-left: 20px;"><input type="checkbox"/> Epilepsies <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non <input type="radio"/> Ne sait pas</p> <p style="padding-left: 20px;"><input type="checkbox"/> Méningite <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non <input type="radio"/> Ne sait pas</p> <p style="padding-left: 20px;"><input type="checkbox"/> Papillite <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non <input type="radio"/> Ne sait pas</p> <p style="padding-left: 20px;"><input type="checkbox"/> Retard mental <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non <input type="radio"/> Ne sait pas</p> <p style="padding-left: 20px;"><input type="checkbox"/> Surdité <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non <input type="radio"/> Ne sait pas</p> <p style="padding-left: 20px;"><input type="checkbox"/> Uvéite <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non <input type="radio"/> Ne sait pas</p> <p><input type="checkbox"/> Locomoteur</p> <p style="padding-left: 20px;"><input type="checkbox"/> Arthralgie <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non <input type="radio"/> Ne sait pas</p> <p style="padding-left: 20px;"><input type="checkbox"/> Arthrite <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non <input type="radio"/> Ne sait pas</p> <p style="padding-left: 20px;"><input type="checkbox"/> Myalgie <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non <input type="radio"/> Ne sait pas</p> <p style="padding-left: 20px;"><input type="checkbox"/> Arthropathie déformante <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non <input type="radio"/> Ne sait pas</p> <p style="padding-left: 20px;"><input type="checkbox"/> Ostéite <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non <input type="radio"/> Ne sait pas</p> <p><input type="checkbox"/> Rénal</p> <p style="padding-left: 20px;"><input type="checkbox"/> Amylose <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non <input type="radio"/> Ne sait pas</p> <p style="padding-left: 20px;"><input type="checkbox"/> Baisse de fonction rénale <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non <input type="radio"/> Ne sait pas</p> <p style="padding-left: 20px;"><input type="checkbox"/> Protéinurie <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non <input type="radio"/> Ne sait pas</p> | <p><input type="checkbox"/> Gastro-intestinal</p> <p style="padding-left: 20px;"><input type="checkbox"/> Abscès <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non <input type="radio"/> Ne sait pas</p> <p style="padding-left: 20px;"><input type="checkbox"/> Cytolyse hépatique <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non <input type="radio"/> Ne sait pas</p> <p style="padding-left: 20px;"><input type="checkbox"/> Hépatomégalie <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non <input type="radio"/> Ne sait pas</p> <p style="padding-left: 20px;"><input type="checkbox"/> Splénomégalie <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non <input type="radio"/> Ne sait pas</p> <p style="padding-left: 20px;"><input type="checkbox"/> Diarrhée <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non <input type="radio"/> Ne sait pas</p> <p style="padding-left: 20px;"><input type="checkbox"/> Douleurs abdominales <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non <input type="radio"/> Ne sait pas</p> <p style="padding-left: 20px;"><input type="checkbox"/> Hémorragie <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non <input type="radio"/> Ne sait pas</p> <p style="padding-left: 20px;"><input type="checkbox"/> Vomissement <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non <input type="radio"/> Ne sait pas</p> <p><input type="checkbox"/> Cutan o-muqueux</p> <p style="padding-left: 20px;"><input type="checkbox"/> Aphtes buccaux <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non <input type="radio"/> Ne sait pas</p> <p style="padding-left: 20px;"><input type="checkbox"/> Aphtes génitaux <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non <input type="radio"/> Ne sait pas</p> <p style="padding-left: 20px;"><input type="checkbox"/> Erythème noueux <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non <input type="radio"/> Ne sait pas</p> <p style="padding-left: 20px;"><input type="checkbox"/> Folliculite/Acné <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non <input type="radio"/> Ne sait pas</p> <p style="padding-left: 20px;"><input type="checkbox"/> Lipodystrophie <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non <input type="radio"/> Ne sait pas</p> <p style="padding-left: 20px;"><input type="checkbox"/> Maculopapules <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non <input type="radio"/> Ne sait pas</p> <p style="padding-left: 20px;"><input type="checkbox"/> Nécrose <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non <input type="radio"/> Ne sait pas</p> <p style="padding-left: 20px;"><input type="checkbox"/> C d eme <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non <input type="radio"/> Ne sait pas</p> <p style="padding-left: 20px;"><input type="checkbox"/> Pseudo erysip le <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non <input type="radio"/> Ne sait pas</p> <p style="padding-left: 20px;"><input type="checkbox"/> Psoriasis <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non <input type="radio"/> Ne sait pas</p> <p style="padding-left: 20px;"><input type="checkbox"/> Pyoderma <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non <input type="radio"/> Ne sait pas</p> <p style="padding-left: 20px;"><input type="checkbox"/> Ténosynovite <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non <input type="radio"/> Ne sait pas</p> <p style="padding-left: 20px;"><input type="checkbox"/> Urticaire <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non <input type="radio"/> Ne sait pas</p> <p style="padding-left: 20px;"><input type="checkbox"/> Vascularite <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non <input type="radio"/> Ne sait pas</p> <p><input type="checkbox"/> Divers</p> <p style="padding-left: 20px;"><input type="checkbox"/> Retard staturo-pondéral <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non <input type="radio"/> Ne sait pas</p> <p style="padding-left: 20px;"><input type="checkbox"/> Adénopathie <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non <input type="radio"/> Ne sait pas</p> <p style="padding-left: 20px;"><input type="checkbox"/> Allergie <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non <input type="radio"/> Ne sait pas</p> <p style="padding-left: 20px;"><input type="checkbox"/> Infections récurrentes <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non <input type="radio"/> Ne sait pas</p> <p style="padding-left: 20px;"><input type="checkbox"/> Pharyngite <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non <input type="radio"/> Ne sait pas</p> |
|---|--|

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