



FORMULAIRE D'ACCOMPAGNEMENT : PANEL NGS DIH

Code – barre
Bon n°50

Ce formulaire accompagne pour toute demande de panel de gènes en lien avec les déficits immunitaires héréditaires **le formulaire de demande d'analyses d'immunologie N° 50**, ainsi que **le consentement pour analyses génétiques** disponibles à l'adresse <https://www.chuv.ch/fr/ial/ial-home/personnel-de-la-sante/laboratoire-de-diagnostic/formulaires-et-bons/panel-ngs>

Nom : Prénom : Date de naissance : Origine/Ethnie : Consanguinité : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Inconnue Sexe : <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Etiquette Axya-CHUV						
Diagnostic / Suspicion : Suspicion anémie de Fanconi ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Suspicion Ataxie télangiectasie ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non							
Anamnèse familiale : <table style="width:100%; border: none;"> <tr> <td style="width:50%; border: none;"> Mère <input type="checkbox"/> affectée Date de naissance/âge : </td> <td style="width:50%; border: none;"> Père <input type="checkbox"/> affecté Date de naissance/âge : </td> </tr> <tr> <td style="border: none;"> Frère/Sœur <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> affecté(e) Date de naissance/âge : </td> <td style="border: none;"> Frère/Sœur <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> affecté(e) Date de naissance/âge : </td> </tr> <tr> <td style="border: none;"> Frère/Sœur <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> affecté(e) Date de naissance/âge : </td> <td style="border: none;"> Frère/Sœur <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> affecté(e) Date de naissance/âge : </td> </tr> </table> Autre(s) personne(s) de la famille affectée(s) (Lien de parenté)		Mère <input type="checkbox"/> affectée Date de naissance/ âge :	Père <input type="checkbox"/> affecté Date de naissance/ âge :	Frère/Sœur <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> affecté(e) Date de naissance/ âge :	Frère/Sœur <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> affecté(e) Date de naissance/ âge :	Frère/Sœur <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> affecté(e) Date de naissance/ âge :	Frère/Sœur <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> affecté(e) Date de naissance/ âge :
Mère <input type="checkbox"/> affectée Date de naissance/ âge :	Père <input type="checkbox"/> affecté Date de naissance/ âge :						
Frère/Sœur <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> affecté(e) Date de naissance/ âge :	Frère/Sœur <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> affecté(e) Date de naissance/ âge :						
Frère/Sœur <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> affecté(e) Date de naissance/ âge :	Frère/Sœur <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> affecté(e) Date de naissance/ âge :						
Description clinique : 							
Coordonnées ou timbre du médecin 							

Modifications : V2 : Changement de mise en page

