



Fiche de demande d'examen  
Fièvre Méditerranéenne Familiale (Gène *MEFV*)

« Génétique Médicale »

PATIENT(E) (Champ obligatoire)

Nom : ..... Prénom : .....  
Date de naissance : ..... / ..... / ..... Sexe : .....  
Origine du père : ..... Origine de la mère : .....

MEDECIN PRESCRIPTEUR/ LABORATOIRE REFERENT

Médecin prescripteur / laboratoire référent : ..... Téléphone : .....  
Email : .....

RENSEIGNEMENTS CLINIQUES ET PARACLINIQUES (Indispensables pour la prise en charge du prélèvement)

CLINIQUE

Age des premiers symptômes : .....  
Accès inflammatoires : .....  
Durée : ..... Fréquence : .....  
Fièvre :  Oui  Non  
Douleurs abdominales :  Oui  Non  
Douleurs thoraciques :  Oui  Non  
Douleurs articulaires :  
    Monoarthrite  Oui  Non  
    Autres : .....  
Signes cutanés :  
    Pseudoérysipèle  Oui  Non  
    Autres : .....  
Amylose :  Oui  Non  
Autres signes :  
Péricardite :  Oui  Non  
Pleurésie :  Oui  Non  
Œdème périorbitaire :  Oui  Non  
Scrotite :  Oui  Non  
Céphalées : .....  
Pharyngite :  Oui  Non  
Hépatosplénomégalie :  Oui  Non  
Adénopathies :  Oui  Non  
Autre : .....

PARACLINIQUE

CRP : ..... VS : ..... GB : ..... Protéinurie de 24h : ..... Concentration IgD sérique : .....  
Traitement à la colchicine :  Oui ; Date de début du traitement : .....  Non  
Efficacité :  Nulle  Partielle  Totale  
Accès si arrêt du traitement :  Oui  Non  
Autres traitements : .....  
Antécédents :  Cas sporadique  Cas familial  
Arbre Généalogique si cas familial (A joindre derrière)

EXAMENS DEMANDES

- Recherche des 11 mutations fréquentes au niveau des exons 2, 3, 5, et 10 (p.Glu148Gln, p.Pro369Ser, p.Arg408Gln, p.Phe479Leu, p.Met694Val, p.Met694Ile, p.Lys695Arg, p.Met680Ile, p.Val726Ala, p.Arg744Ser, etp.Arg761His) par PCR en temps réel par geneMAP™ FMF11 Mutation Detection Kit  
 Séquençage des exons 2, 3, 4, 5, et 10 du gène *MEFV*  
 Recherche ciblée d'une mutation familiale du gène *MEFV*. Précisez la mutation : .....

# Arbre Généalogique

