

**Etiquette du malade ou**

Nom d'usage : .....  
 Nom de famille (de naissance) : .....  
 Prénom : .....  
 Sexe : .....  
 Date de naissance : ..... / ..... / .....  
 N° identification : .....  
 Ville : ..... CP : .....

Cachet du service (UG)

Téléphone

Médecin prescripteur : .....

Préleveur (nom, qualité) : .....

Date de prélèvement : .....

Heure de prélèvement : .....

Incidents survenus lors du prélèvement : .....

**Diagnostic génétique du déficit en alpha1-antitrypsine  
Analyse du gène SERPINA1**

Responsables de l'analyse

Dr Louis LEBRETON  
 Dr Cécile GED  
 tel : 22178 / 21208  
 prenom.nom@chu-bordeaux.fr

Joindre le consentement pour analyse génétique

code CGAAT

Prélèvement sanguin sur tube EDTA (mauve)

**RENSEIGNEMENTS CLINIQUES et BIOLOGIQUES**

**I. Dosage pondéral d'alpha1-anti-trypsin:** ce test est un pré-requis avant toute analyse génétique

**II. Données cliniques**

	NON	OUI	Date de début	Préciser
- Atteinte pulmonaire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....	.....
- Atteinte hépatique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....	.....
- Atteinte cutanée (panniculite)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....	.....
- Autre (préciser) :	.....			

**III. Données familiales**

(fournir un arbre généalogique si nécessaire)