



PATIENT

Nom:
 Nom de naissance:
 Prénom:
 Date de naissance:.....
 Adresse:.....

 Téléphone:.....

DOCUMENTS A JOINDRE

- Ordonnance
- Attestation de consultation
- Consentement du patient
- Coordonnées de
SS/mutuelle du patient

THROMBOPHILIE

- Mutation Leiden FV (R506Q) Mutation FII (G20210A)

Thrombose Bilan de fausses couches
 Apparenté Autre:

HEMOCHROMATOSE

- HFE1 C282Y HFE1 H63D HFE1 S65C

Cas index Coefficient de saturation:
 Apparenté

HLA B27

- HLAB27

Polyarthrite Spondylarthrite
 Uvéïte Maladie de Behcet
 Maladie Autoimmune
 Autres:

CYTOGENETIQUE

- Caryotype sanguin constitutionnel

Infertilité Bilan de fausses couches
 Ins.ovarienne Retard de croissance
 Enquete familiale Autre: