

# Unité médicale des maladies auto-inflammatoires

## Formulaire de demande d'analyse du gène *NLRP7*

### MEDECIN DEMANDEUR (doit être un titulaire)

**NOM :** .....

**Prénom :** .....

**Tél :** .....

**Fax :** .....

**Email :** .....

**Adresse où envoyer les résultats :**  
.....  
.....

*Cachet du médecin :*

### PATIENT (faire signer son consentement)

**NOM :** .....

**Prénom :** .....

**Date de naissance :** ..... / ..... / .....

**Sexe :**    F    M

**Origine ethnique :** .....

**Coordonnées : Tél :** .....

**Email :** .....

**Adresse :** .....

*Etiquette du patient :*

**Consanguinité :** .....

**Portable :** .....

#### Pré-requis OBLIGATOIRES :

- Echecs de la reproduction :** au moins 2 échecs dont une grossesse molaire
- Cytogénétique :** caryotype constitutionnel normal
- Bilan de thrombophilie négatif** (joindre une copie des résultats)
- le consentement** (ou une attestation) signé par le patient ou son représentant
- l'arbre généalogique** (à dessiner au verso de ce formulaire) avec les **autres membres** de la famille éventuellement **atteints**, la **consanguinité**, et les **origines ethniques**

### **Détails des échecs de la reproduction**

FCS : Fausse couche spontanée - OC : œuf clair - ITG : Interruption thérapeutique de grossesse - MHP : Mole Hydatiforme Partielle - MHC : Mole Hydatiforme complète

**Toute demande d'analyse du gène *NLRP7* sera mise en attente sans les pré-requis demandés.**