

Cocher le ou les test(s) demandé(s) [si >2, justifier]

Fièvres récurrentes héréditaires : FMF¹ MKD² CAPS³ TRAPS⁴

¹Fièvre méditerranéenne familiale ²Déficit en mévalonate kinase ³Syndrome périodique associé à la cryopyrine ⁴Syndrome périodique associé au récepteur du TNF

Autres maladies auto-inflammatoires héréditaires : ----- -----

Mutations fréquentes : 1070-1750BHN = 289-473€ par gène (première demande)

Mutations rares: 2500-3520BHN = 675-950€ par gène (complément à valider par un centre de référence ou compétence)

PATIENT

NOM
Prénom
Date de naissance --/--/----
Sexe F M
Adresse
Téléphone
Date du prélèvement --/--/----

ou Etiquette patient

PRE-REQUIS A REMPLIR

1. **Prescription MEDECIN** (doit être un titulaire)

Adresse complète ou Cachet

NOM
Prénom
Tel
Fax
Email

Adresse complète ou Cachet

Etes vous centre de référence de compétence typo 1 (Maladies systémiques et auto-immunes rares) ?

- 2. **Consentement** (ou attestation) signé par le patient ou son représentant légal: à joindre
- 3. **Fiche clinique** remplie par le médecin demandeur (à remplir ci-contre)
- 4. **Arbre généalogique** (à dessiner page suivante)
- 5. **Nombre d'accès inflammatoires non expliqués ≥3:** Oui Non
- 6. Valeur de résultat de **CRP élevée en crise** : mg/l
- 7. **Age de début** des symptômes : ans

Entourer les signes présentés **AVANT** le début du traitement

+++ bien différencier Non et ND (non déterminé)

Fièvre	Oui	Non	ND	Abdomen	Douleur	Oui	Non	ND	
	38°C	39°C	40°C >40°C		Vomissement	Oui	Non	ND	
Thorax	Douleur	Oui	Non	ND	Diarrhée	Oui	Non	ND	
	Péricardite	Oui	Non	ND	Cutanéo muqueux	Pseudoérysipèle	Oui	Non	ND
NeuroSensoriel	Surdité	Oui	Non	ND	Urticaire	Oui	Non	ND	
	Conjonctivite	Oui	Non	ND	Aphtes buccaux	Oui	Non	ND	
	Uvéite	Oui	Non	ND	Aphtes génitaux	Oui	Non	ND	
	Papillite	Oui	Non	ND	Scrotite	Oui	Non	ND	
	Céphalée	Oui	Non	ND	Reins	Protéinurie	Oui	Non	ND
	Méningite	Oui	Non	ND	Amylose	Oui	Non	ND	
Retard mental	Oui	Non	ND	Divers	Splénomégalie	Oui	Non	ND	
	Oui	Non	ND	Hépatomégalie	Oui	Non	ND		
Locomoteur	Myalgie	Oui	Non	ND	Adénopathie	Oui	Non	ND	
	Arthrite	Oui	Non	ND	Pharyngite	Oui	Non	ND	
	Arthralgie	Oui	Non	ND	Retard staturo-pondéral	Oui	Non	ND	
	Arthropathie déformante	Oui	Non	ND					

Facteur déclenchant	Froid	Chaud	Vaccin	Stress	Fatigue	Autre	Non	ND
Fréquence des crises	< 1/mois		1 à 2 /mois		> 2/mois		Non	ND
Durée des crises heures	 jours				Non	ND
Autre signe ou maladie						Non	ND

BIOLOGIE déjà réalisée à renseigner si connue

Mévalonate urinaire en crise----- Activité mévalonate kinase -----
Autres gènes auto-inflammatoires déjà analysés

TRAITEMENT	Dose	Age début	Effet (N nul, P partiel, T total)			
Colchicine	----/j	-----	N	P	T	Non ND
Corticoïdes	----/j	-----	N	P	T	Non ND
Autre -----	----/j	-----	N	P	T	Non ND

Etiquette patient

DESSINER L'ARBRE GENEALOGIQUE

Signaler

- Par un symbole noir : le(s) individus symptomatique(s)
- Par un symbole blanc : le(s) individu(s) sain(s)
- Par une flèche : le(s) individu(s) prélevé(s)

Préciser

- Les liens de parenté (consanguinité)
- Pour chaque individu : nom prénom ethnie
- Les éventuels antécédents familiaux (fièvre récurrente, amylose...)