



Biomnis

Clinical Information Form

Cystic fibrosis gene analysis (CFTR gene)

INTERNATIONAL DIVISION • Tel.: +33 (0)4 72 80 23 85 • Fax: +33 (0)4 72 80 73 56 • E-mail: international@biomnis.com

PATIENT DETAILS

First(s) name(s):

Surname:

Date of birth: / /

Gender: F M**CLINICIAN**

Surname: Dr

Address:

Post code: City:

Country:

Tel.: / /

TESTS REQUESTED

- Cystic Fibrosis CFTR-screening of most frequent mutations
 Cystic Fibrosis CFTR-complete genotyping by New Generation Sequencing (NGS)

FAMILY TREE

Geographical origin*:
 (*the frequency and distribution of the mutations vary depending on the ethnic/geographical origin of the patient)

Consanguinity: YES (please indicate on the tree) NO

CONSULTATION CERTIFICATE AND PATIENT CONSENT FORM

(Decree n° 2008-321 of 4th April 2008, amended on 27th May 2013)

I, the undersigned, Medical Doctor (MD), certify that I have fully informed my patient

Mr/Mrs/Miss of the information defined according to the article R.1131-4 of decree n°2008-321 dated 4 April 2008 of the French public health code and amended on 27th May 2013 and that I have obtained written informed consent from my patient under the conditions specified in article R.1131-5.

Signed in (city) on / /

Physician's signature

I, the undersigned,

Mr/Miss/Mrs declare that I have been informed and fully understand all information relating to this analysis and give my consent to perform this genetic test, in accordance to the articles R.1131-4 and R1131-5 of the public health code and decree of 27th May 2013.

Signed in (city) on / /

Patient signature

REASON BEHIND THE TEST REQUEST FOR A CHILD OR ADULT Suspected cystic fibrosis

- ENT disease:
 Respiratory disease:
 Digestive system disease:
 Pancreatic affection:
 Sweat test: NO YES, result (please indicate the unit):

 InfertilityBilateral absence of the vas deferens: NO YES

Please include the ultrasound scan and test results

 Medically assisted procreation Ovum donation Suspected cystic fibrosis in a foetus

LMP: / /

Date of conception: / /

Amniocentesis: NO YESDigestive enzyme assay on amniotic fluid: NO YES, results:

Please include the ultrasound scan(s) and test results

 Family investigation Heterozygote screening of the family of a patient with cystic fibrosis

Familial mutation to be screened for:

Please include the CFTR gene analysis test results

 Heterozygote screening for a partner of an afflicted individual a partner of heterozygous individual



Biomnis

Formular de date clinice

Fibroza chistică - analiza genetică (gena CFTR)

INTERNATIONAL DIVISION • Tel.: +33 (0)4 72 80 23 85 • Fax: +33 (0)4 72 80 73 56 • E-mail: international@biomnis.com

INFORMAȚII DESPRE PACIENT

Nume:

Prenume:

Data nașterii: [REDACTAT]

Sex: F M**CLINICIAN**

Nume: Dr.

Adresa:

Cod poștal: [REDACTAT] Oraș:

Țară:

Tel.: [REDACTAT]

ANALIZA SOLICITATĂ

- Fibroza chistică - cele mai comune mutații în gena CFTR
 Fibroza chistică - genotipare completă prin New Generation Sequencing (NGS)

ARBORE GENEALOGIC**FORMULAR DE CONSULTARE ȘI CONSUMĂMÂNT INFORMAT**

(Decretul nr. 2008-321 din 4 aprilie 2008, modificat la 27 mai 2013)

Subsemanatul
Medic, certific că mi-am informat complet pacientulDl/Dna
asupra informațiilor definite în conformitate cu articolul R.1131-4 din Decretul nr. 2008-321 din 4 aprilie 2008 din Codul de sănătate publică francez și modificat la 27 mai 2013 și că am obținut consumământ în scris de la pacientul meu în condițiile specificat la articolul R.1131-5.Semnat în (oraș)
la [REDACTAT]

Semnătură medic

Subsemnatul/a

Dl/Dna
Declar că am fost informat și înțeleg pe deplin toate informațiile referitoare la această analiză și îmi dau consumământul pentru a efectua acest test genetic, în conformitate cu articolele R.1131-4 și R.1131-5 din codul de sănătate publică și decretul din 27 mai 2013 .Semnat în (oraș)
la [REDACTAT]

Semnătura pacientului

Originea geografică*:
(“frecvența și distribuția mutațiilor variază în funcție de originea etnică / geografică a pacientului)Consangvinitate: DA (indicați pe arbore) NU

Dl/Dna.....

MOTIVUL SOLICITĂRII ANALIZEI**Fibroză chistică suspectată**

- Boli ORL:
 Boli respiratorii:
 Boli ale sistemului digestiv:
 Afecțiuni pancreatică:

Test de sudoare NU DA, rezultatul (indicați unitățile):**Infertilitate**Absența bilaterală a vaselor deferente: NU DA

Includeți o copie după ecografie

Reproducere umană asistată medical**Donare de ovule****Fibroză chistică suspectată la făt**UM: [REDACTAT] Data conceptiei: [REDACTAT]
Amniocenteză: NU DAEvaluarea enzimelor igestive din LA: NU DA, rezultatul:

Includeți o copie după ecografie și rezultatele testului

Studiu familial Screening pentru statut heterozigot al membrilor familiei în care a fost diagnosticat un caz de fibroză chistică
Screening familial pentru:

Includeți rezultatul pentru gena CFTR

 Screening heterozigoză pentru partenerul unui pacient afectat partenerul unui individ heterozogot