



CFTR GENE TEST (Cystic fibrosis)

Requisition form

Clinical pathology secretariat:
 Phone: +33 1 34 40 97 76
 Fax: +33 1 34 40 21 29
 e-mail: intgb@lab-cerba.com
 website: www.lab-cerba.com

THE LABORATORY IS AUTHORIZED ACCORDING TO THE FRENCH LEGISLATION TO PERFORM GENETIC TESTING

PATIENT	REFERRING PHYSICIAN
First Name Last Name..... Address..... Date of birth/Gender :	Signature :

INDICATION
<input type="checkbox"/> Molecular study of an affected patient
<input type="checkbox"/> Diagnosis
Respiratory complications <input type="checkbox"/> Frequent bacterial infection/colonisation <input type="checkbox"/> Chronic bronchitis <input type="checkbox"/> Asthma <input type="checkbox"/> Bronchiectasis <input type="checkbox"/> Obstructive lung disease <input type="checkbox"/> Nasal polyps <input type="checkbox"/> Chronic sinusitis <input type="checkbox"/> Other (specify) :
Gastrointestinal/Nutritional abnormalities <input type="checkbox"/> Meconium ileus <input type="checkbox"/> Distal intestinal obstructive syndrome <input type="checkbox"/> Rectal prolapse <input type="checkbox"/> Pancreatic insufficiency <input type="checkbox"/> Chronic pancreatitis <input type="checkbox"/> Chronic hepatobiliary disease <input type="checkbox"/> Growth retardation <input type="checkbox"/> Other (specify) :
Congenital bilateral absence of the vas deferens <input type="checkbox"/> Clinical report (to be enclosed) <input type="checkbox"/> Spermogram results (to be enclosed) <input type="checkbox"/> Ultrasound report (to be enclosed)
Other <input type="checkbox"/> Elevated ImmunoReactiv Trypsinogen (neonatal screening) <input type="checkbox"/> Abnormal sweat test (at least two) <input type="checkbox"/> Abnormal transepithelial nasal potential difference
<input type="checkbox"/> Carrier screening
<input type="checkbox"/> Previous familial history <input type="checkbox"/> Personal familial history. Known mutation(s) (specify): <input type="checkbox"/> Partner <input type="checkbox"/> affected by cystic fibrosis <input type="checkbox"/> CBAVD <input type="checkbox"/> known carrier (specify mutation) :
<input type="checkbox"/> No familial previous history <input type="checkbox"/> Fetal ultrasonography signs (enclosed report) <input type="checkbox"/> Male infertility (other than CBAVD) <input type="checkbox"/> Oligo-Astheno-Teratospermia OATS ¹ <input type="checkbox"/> Azoospermia ¹ <input type="checkbox"/> Check before <input type="checkbox"/> IVF <input type="checkbox"/> ICSI <input type="checkbox"/> Oocyte donation <input type="checkbox"/> Consanguinity <input type="checkbox"/> Systematic screening ¹ Spermogram results to be enclosed

PEDIGREE / Ethnic and geographic origins
Empty space for pedigree and ethnic/geographic origins



Gena CFTR (Fibroza chistică)
Formular de solicitare

Clinical pathology secretariat:
Phone: +33 1 34 40 97 76
Fax: +33 1 34 40 21 29
e-mail: intgb@lab-cerba.com
website: www.lab-cerba.com

LABORATORUL ESTE AUTORIZAT PENTRU REALIZAREA TESTELOR GENETICE CONFORM LEGISLAȚIEI FRANȚE

PACIENT	MEDIC PRESCRIPTOR
Prenume	Semnătura :
Nume.....	
Adresa.....	
.....	
Data de naștere/Sexul :	

INDICAȚII

Studiul molecular al unui pacient afectat

Diagnostic

Complicații respiratorii

Infecții bacteriene frecvente Bronșită cronică Astm
 Bronșiectazie Boali pulmonare obstructive
 Polipi nazali Sinuzită cronică
 Altele(specificați):

Afecțiuni gastrointestinale / nutriționale

Boală meconială Sindrom obstructiv distal Prolaps rectal
 Insuficiență pancreatică Pancreatită cronică Afecțiunile hepato-biliare cronice
 Retard de creștere
 Altele(specificați):

Absența congenitală a vaselor deferente

Raport clinic (a se atașa) Rezultatul spermogramei (a se atașa) Buletin ecografic (a se atașa)

Altele

Valori crescute ale tripsinogenului imunoreactiv (screening neonatal) Rezultat anormal la testul sudorii (iontoforeza) (cel puțin 2)
 Rezultat anormal la testul diferenței de potențial nazal

Evaluarea statutului de purtător

Istoric familial anterior

Istoric familial personal. Mutație (i) cunoscută (e) (specificați):

Partener afectat de fibroză chistică CBAVD purtător diagnosticat (specificați mutația) :

Fără antecedente familiale

Modificări ecografice ale fătului (a se atașa raportul)

Infertilitate masculină (alta decât CBAVD) Oligo-asteno-teratospermie OATS¹ Azoospermie¹

Testare înainte de FIV ICSI Donare de ovule

Consangvinitate Screening

¹Se va atașa obligatoriu rezultatul spermogramei

PEDIGREE / Origini etnice și geografice