

## Fiche de renseignements pour les analyses génétique en dermatologie

Pôle Clinique Universitaire des Spécialités Médicales **SERVICE DE DERMATOLOGIE**  
Centre de Référence Maladies Rares de la Peau et des Muqueuses d'Origine Génétique

Responsable : Dr Christine CHIAVERINI  
Tél 04.92.03.92.11 [chiaverini.c@chu-nice.fr](mailto:chiaverini.c@chu-nice.fr)

Laboratoire : Service Génétique Médicale  
Téléphone 04 92 03 64 60 / Fax 04 92 03 64 65  
Hôpital de l'Archet 2 (niveau -3)  
[francou.b@chu-nice.fr](mailto:francou.b@chu-nice.fr)

### DEMANDE CONCERNANT :

NOM : \_\_\_\_\_ PRENOM : \_\_\_\_\_  
DATE DE NAISSANCE : \_\_\_\_\_  
LIEU DE NAISSANCE : \_\_\_\_\_  
ADRESSE COMPLETE DE RESIDENCE : \_\_\_\_\_  
  
Tél : \_\_\_\_\_  
Email : \_\_\_\_\_

---

(Si possible, à remplir pour les patients français)  
NATURE DE LA PRISE EN CHARGE SOCIALE

N° de Sécurité Sociale : \_\_\_\_\_  
Adresse du Centre de Sécurité Sociale : \_\_\_\_\_

ALD : OUI                      NON

### PARENTS

CONSANGUINITE :                       OUI                       NON

MERE                      NOM : \_\_\_\_\_                      PRENOM : \_\_\_\_\_  
DATE DE NAISSANCE : \_\_\_\_\_  
LIEU DE NAISSANCE : \_\_\_\_\_  
ORIGINE GEOGRAPHIQUE : \_\_\_\_\_  
ADRESSE COMPLETE DE RESIDENCE : \_\_\_\_\_

Tel : \_\_\_\_\_                      Email : \_\_\_\_\_

PERE                      NOM : \_\_\_\_\_                      PRENOM : \_\_\_\_\_  
DATE DE NAISSANCE : \_\_\_\_\_  
LIEU DE NAISSANCE : \_\_\_\_\_  
ORIGINE GEOGRAPHIQUE : \_\_\_\_\_  
ADRESSE COMPLETE DE RESIDENCE : \_\_\_\_\_

Tel : \_\_\_\_\_                      Email : \_\_\_\_\_

### MEDECINS CORRESPONDANTS A INFORMER (adresse + email + tel) :

---

---

---

---

---

**Fiche de renseignements pour les analyses génétique en dermatologie**

**RENSEIGNEMENTS CLINIQUES**

Renseignements cliniques détaillés et photographies sont indispensables à l'interprétation de l'étude immunohistologique et génétique.  
Merci de les indiquer avec soin.

**PRESENCE DE CAS DANS LA FRATRIE :**  OUI  NON

Si oui détailler :

NOM, PRENOM	DATE DE NAISSANCE	FILIATION
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

**MERCI DE JOINDRE IMPERATIVEMENT UN ARBRE GENEALOGIQUE**

**PRELEVEMENTS ENVOYES AU LABORATOIRE**

**BIOPSIE CUTANEE**  OUI  NON

Si oui indiquer :

- localisation
- présence bulle ou peau frottée

**AUTRE ECHANTILLONS TISSULAIRES**  OUI  NON

Si oui préciser (villosités chorales, lames etc).....

.....

**ECHANTILLON SANGUIN**  OUI  NON

Si oui, quelles personnes ont été prélevées

Patient  Père  Mère  Fratrie (préciser).....

**ECHANTILLON ADN**  OUI  NON

Si oui, quelles personnes ont été prélevées

Patient  Père  Mère  Fratrie (préciser).....

**MERCI DE FOURNIR LE STATUT VIROLOGIQUE DES PATIENTS PRELEVES CONCERNANT HIV, HBV et HCV**