FICHE DE RENSEIGNEMENTS INFERTILITE MASCULINE (GENE CFTR)

Etiquette du PATIENT ou :

NOM : .....

Prénom : .....*Sexe :* ☐ *féminin* ☐ *masculin*

Date de naissance : .....

MEDECIN CORRESPONDANT

NOM : .....

Mail : .....

DEMANDE D'ANALYSE MOLECULAIRE DU GENE CFTR EN CAS DE SUSPICION D'UNE INFERTILITE MASCULINE AVEC AZOOSPERMIE EXCRETOIRE ET ABSENCE DES CANAUX DEFERENTS

Renseignements cliniques et familiaux :

- **Antécédents familiaux de pathologies liées aux mutations CFTR :** Oui ☐ Non ☐ Ne sait pas ☐

Si **OUI** (préciser laquelle ou lesquelles) :

☐ Mucoviscidose classique chez un enfant ou un adulte

☐ Infertilité masculine : ☐ absence bilatérale des canaux déférents

☐ autre (préciser l'origine) : .....

☐ Affections pulmonaires (DDB, BPCO, etc…) : .....

☐ Polypose naso-sinusienne

☐ Pancréatite chronique

☐ Autres : .....

Le cas échéant, indiquer la (ou les) **mutation**(s) du gène *CFTR* connues dans la famille : .....

.....

- **Le patient a-t-il eu un test de la sueur** : Oui ☐ Non ☐ Ne sait pas ☐

Si OUI, valeurs :..... méthode : .....

Données biologiques :

- **Spermogramme :** Oui ☐ Non ☐ .....
- **Biochimie du sperme** : .....

Données cliniques :

- **Compte-rendu (succinct) de la palpation :** .....

Données de l'imagerie :

- **Echographie endorectale-prostato-vésiculaire :** .....
- **Echographie rénale :** .....

Autres données :

.....

.....

NB : Cette fiche de renseignements cliniques doit être accompagnée d'une prescription et d'un consentement

A envoyer à :
Accueil de Biologie Centralisé
Laboratoire de Génétique Moléculaire
Groupe Hospitalier Pellegrin
Place Amélie Raba Léon
33076 Bordeaux Cedex
Tel : 05-56-79-59-81
sec-labo-genetique@chu-bordeaux.fr
Dr Marie-Pierre Reboul