



Biomnis

**Fiche de renseignements cliniques**  
**Etude de l'amylose héréditaire à transthyréline (gène TTR)**

**PATIENT**

Nom : .....  
 Prénom : .....  
 Date de naissance : | | | | | | | | | |  
 Sexe :  F  M

**MÉDECIN PRESCRIPTEUR**

Nom du médecin : .....  
 Adresse : .....  
 CP : | | | | | Ville : .....  
 Pays : .....  
 Tél. : | | | | | | | | | |

**ARBRE GÉNÉALOGIQUE**

**Origine géographique\*** : .....  
 (\*la fréquence et la distribution des variations varient selon l'origine géographique/ethnique)

**Consanguinité** :  OUI (précisez sur l'arbre)  NON

**ATTESTATION DE CONSULTATION ET CONSENTEMENT ÉCLAIRÉ**

(Décret n° 2008-321 du 4 avril 2008 - arrêté du 27 mai 2013)

Je soussigné .....  
 Docteur en médecine, certifie avoir apporté à mon (ma) patient(e)

M.....  
 les informations définies selon l'article R.1131-4 du décret n°2008-321 du 4 avril 2008 du code de santé publique et de l'arrêté du 27 mai 2013 et avoir recueilli le consentement éclairé de mon (ma) patient(e) dans les conditions prévues à l'article R.1131-5.

Fait à .....  
 Le | | | | |

Signature du médecin

Je soussigné(e) M..... reconnais avoir reçu et compris les informations sus-décrites et donne mon consentement à la réalisation de l'analyse de génétique, conformément aux articles R.1131-4 et R1131-5 du code de la santé publique et de l'arrêté du 27 mai 2013.

Fait à .....  
 Le | | | | |

Signature du patient

**INDICATION CLINIQUE**

- Suspicion clinique d'amylose héréditaire**
- Atteinte multi-organes : .....
  - Atteinte neurologique : .....
  - Atteinte cardiologique : .....
  - Atteinte ophtalmologique : .....
  - Atteinte néphrologique : .....

**Enquête familiale**

Mutation familiale à rechercher : .....

Merci de joindre le compte-rendu du résultat de l'analyse du gène TTR