

IDENTIFICATION DU PATIENT

Nom :	Prénom :	ETIQUETTE PATIENT (espace réservé au laboratoire)
Date de naissance :	Sexe : <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	
<u>Adresse complète</u> Rue : Code postal : Ville :		ETIQUETTE PATIENT (espace réservé au laboratoire)
N° Mutuelle :		
N° Matricule :		
Titulaire :		

MEDECIN PRESCRIPTEUR

Nom :	Copie à :
N° INAMI :	
Adresse :	
Téléphone :	Date et signature :

PRELEVEMENT (indiquer clairement le nom, prénom et date de naissance du patient **sur tous les tubes**)

Frottis Buccal (Conservation entre 2 et 8°C)

Date et heure de prélèvement : Date et heure de réception :

DONNEES CLINIQUES (OBLIGATOIRE)

Dermatite atopique : légère modérée sévère
 Age de début des symptômes :
 Allergies : alimentaire cutanée asthme autre :
 Origine du patient : caucasien africain asiatique autre (à préciser):.....

CONSENTEMENT ECLAIRE (OBLIGATOIRE)

Formulaire de consentement signé par le patient et joint

ANALYSE DEMANDEE

Analyse du gène de la Filaggrine

CONTACTS

dispa.genetique@chuliege.be

GIGA-R, laboratoire de Génétique Humaine
 Dr V. BOURS -
 Secrétariat : 04/366.24.78

Génétique clinique
 Dr V. BOURS -
 Secrétariat : 04/366.71.24