



Médecin Prescripteur N° Tel : Mail :

N° (Réservé au laboratoire):	
Nom :	Prénom :
Date de naissance :/...../.....	Sexe : F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>
Téléphone :	Origine :
Maladie de Behçet - Recherche de l'allèle HLA B51 <input type="checkbox"/>	
Aphthose buccale : <input type="checkbox"/>	Aphthose génitale : <input type="checkbox"/>
Atteinte oculaire (Uvéite, vascularite rétinienne) : <input type="checkbox"/>	Arthralgies : <input type="checkbox"/>
Lésion cutanée typique (Erythème noueux, pseudo-foliculite) : <input type="checkbox"/>	Manifestations neurologiques : <input type="checkbox"/>
Manifestations vasculaires : <input type="checkbox"/>	Test de Pathergy : Pos <input type="checkbox"/> Neg <input type="checkbox"/>
Antécédents familiaux :	Autres :
Spondylarthrite ankylosante - Recherche de l'allèle HLA B27 <input type="checkbox"/>	
Douleur inflammatoire lombaires/fessières <input type="checkbox"/>	Uvéite : <input type="checkbox"/>
Oligoarthritis asymétrique <input type="checkbox"/>	Urétrite/cervicite : <input type="checkbox"/>
Doigts ou orteils en saucisse <input type="checkbox"/>	Diarrhées : <input type="checkbox"/>
Talalgies/enthésopathie <input type="checkbox"/>	Sacroillite radiologique : <input type="checkbox"/>
Psoriasis <input type="checkbox"/>	Antécédents familiaux :
Autres :	
Maladie Cœliaque - Recherche des allèles HLA DQ2 / DQ8 <input type="checkbox"/>	
Ballonnements/ Douleurs abdominales <input type="checkbox"/>	Vomissements <input type="checkbox"/>
Retard staturo-pondéral/ perte de poids <input type="checkbox"/>	Syndrome carenciel <input type="checkbox"/>
Atrophie vilositaire à la biopsie <input type="checkbox"/>	Antécédents familiaux :
Autres :	
Cachet et signature du médecin	

Attestation de Consentement	شهادة موافقة
Je soussigné :	أنا الموقع أدناه
Consent, en connaissance de cause, à ce que :	أقر بالموافقة عن علم على أن يتم
Le prélèvement pour analyses d'ordre génétique soit effectué chez moi	أخذ عينة الدم لإجراء تحاليل جينية لي
Chez mon enfant mineur	لطفلي القاصر
Les résultats puissent être exploités à des fins de recherche dans le respect de l'anonymat	استخدام النتائج لأغراض علمية دون الإفصاح عن الهوية
Date et signature	التاريخ والتوقيع
<div style="border: 1px solid black; width: 100%; height: 50px;"></div>	

Si le prélèvement n'est pas effectué au sein de l'institut Pasteur, merci de préciser :
Prélevé le :/...../.....
Par* :
Signature :

Partie réservée au laboratoire :			
Réception le :	Heure :	Par :	Signature :
Prélèvements :	<input type="checkbox"/> 2 Tubes EDTA		
Prélevé le :	Heure :	Par* :	Signature :

* La personne effectuant le prélèvement atteste avoir pris connaissance des modalités de prélèvement décrites dans le manuel de prélèvement du laboratoire **MP LIGT 0121** disponible sur le site de l'Institut Pasteur d'Algérie www.pasteur.dz