GENETIQUE HUMAINE
Gène Filaggrine

Version 2023

IDENTIFICATION DU PATIENT

Nom :	Prénom :	ETIQUETTE PATIENT (espace réservé au laboratoire)
Date de naissance :	Sexe : ☐ M ☐ F	
Adresse complète Rue : Code postal : Ville :		
N° Mutuelle :		ETIQUETTE PATIENT (espace réservé au laboratoire)
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**)

Date et heure de prélèvement :.....	**Date et heure de réception :.....**	
Type de prélèvement	**Conservation**	**Délai de transmission**
☐ Sang (5ml sur EDTA) E	4°C	48h
☐ Frottis Buccal	4°C	48h

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):.....

ANALYSE DEMANDEE

☐ **Analyse du gène de la Filaggrine**

CONTACTS

dispa.genetique@chuliege.be

GIGA-R, laboratoire de Génétique Humaine
Pr V. BOURS — Dr Sc. M. ARTESI
Secrétariat : 04/323.13.68

Génétique clinique
Pr V. BOURS
Secrétariat : 04/323.71.24

Fichier téléchargeable à l'adresse : https://www.chu.ulg.ac.be/jcms/c_827765/fr/formulaires-de-demandes-d-analyses#genetique-humaine