

MALADIE DE Rendu-OSLER

Recherche de Mutations Germinales

Contacts :

Service de Génétique Clinique
Docteurs H. PLAUCHU et P. EDERY
Hôtel-Dieu - 69288 LYON cedex 02
☎ : 04.72.41.32.93
Fax : 04.72.41.31.46

Service de Génétique

Docteurs A. CALENDER et S. GIRAUD
Bâtiment 7
Hôpital Edouard Herriot
69437 LYON CEDEX 03
☎ : 04.72.11.73.83 - Fax : 04.72.11.73.81

1. Prescription de l'examen par le Docteur

Date de la prescription :/...../200

Patient(e) :

Nom : Prénom :

Nom de jeune fille : Année de naissance :

Adresse :

2. Diagnostic posé par le Docteur, sur :

☐ **Épistaxis :** Discrètes ☐ Spontanées répétées ☐ Anémiantes ☐
Idée de fréquence :

☐ **Télangiectasies :** Doigts ☐ Visage ☐ Lèvres ☐ Bouche ☐
nombre total < 5 ☐ entre ☐ > 30 ☐

☐ **Hérédité :** Nombre d'individus ☐ ☐ Nombre de générations concernées ☐
Atteints dans la famille Arbre généalogique joint ☐

☐ **Manifestations viscérales :** Non ☐ Non explorées ☐ Oui ☐ à détailler :

- Gastro-intestinales ☐
- Hépatique ☐
- Fistules pulmonaires ☐
- Cérébrales ☐
- Autres ☐ A préciser :

3. **Consentement éclairé du patient : ci-joint** ☐

Signature du Prescripteur