

Dr. Irina Giurgea : [irina.giurgea@inserm.fr](mailto:irina.giurgea@inserm.fr)  
Dr. Camille Louvrier : [camille.louvrier@aphp.fr](mailto:camille.louvrier@aphp.fr)

Secrétariat : Tél.: + 33 (0)1 44 73 52 95  
Fax: + 33 (0)1 44 73 52 19

## Diagnostic maladies auto-inflammatoires héréditaires

EP-TR-GE-PLUS-PRE-DE-006 – V3 – Page ½

- MEFV* - Fièvre Méditerranéenne Familiale – FMF Autres :  
 *TNFRSF1A* - Syndrome périodique associé au récepteur 1 du TNF – TRAPS  
 *NLRP3* - Syndromes CINCA, FCAS et Muckle-Wells  
 *MVK* - Hyperimmunoglobulinémie D avec fièvre périodique - HIDS

### Formulaire de renseignements cliniques - Remplir un formulaire par individu

#### Identité du sujet prélevé :

NOM :  
Prénom :  
Nom de jeune fille :  
Date de naissance :  
Lieu de naissance :  
Sexe :

Date du prélèvement :

#### Etude de la famille :

Arbre généalogique :

#### Identité du prescripteur :

Nom du médecin :  
Service :  
Hôpital :  
Adresse :  
N° de téléphone :  
N° de FAX :  
Signature

Signaler dans l'arbre généalogique :  
- par un symbole plein (noir) : le(s) patient(s)  
- par un symbole clair (blanc) : les individus sains  
- par une flèche : l'individu prélevé

Consanguinité : oui  non  ND\*

Origines géographiques du père : de la mère :  
Origines ethniques du père : de la mère :

#### MODALITES DE PRELEVEMENT ET D'EXPEDITION

##### Prélèvement :

*1 tube E.D.T.A. étiqueté de 5 ml, prélevé dans des conditions stériles et soigneusement agité par retournements  
Les conserver à température ambiante ou à +4° jusqu'à l'envoi.*

##### Expédition du prélèvement par courrier :

*Conditionner les tubes dans une boîte rigide étanche tapissée d'un matériau absorbant en les protégeant les uns des autres. Adresser par courrier rapide (chronopost, colissimo...) à température ambiante à l'adresse suivante :  
Hôpital Armand-Trousseau, UF de Génétique moléculaire, Bâtiment Kitty Schwartz, 26, Avenue du Docteur Arnold Netter, 75012 PARIS Cedex 12.*

*Réception des prélèvements avant le vendredi 12 heures préférable*

# Diagnostic maladies auto-inflammatoires héréditaires

EP-TR-GE-PLUS-PRE-DE-006 – V3 – Page 2/2

<p><b>Identité du malade :</b>                  NOM : _____                  Prénom : _____                  Date de naissance : _____</p> <p><b>Age au début des crises :</b>  <b>Fréquence des crises avant traitement :</b>                  1 crise par semaine ou plus <input type="checkbox"/>                  1 crise par mois ou plus <input type="checkbox"/>                  moins de 1 crise par mois <input type="checkbox"/> préciser : .....                  Le patient a-t-il déjà eu 3 crises ? oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> ND <input type="checkbox"/>                  Durée des crises (en jour(s) ou en heure(s)) : .....</p> <p><b>Antécédents personnels et familiaux (préciser sur arbre) :</b></p> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td>Maladie de Crohn</td><td>oui <input type="checkbox"/></td><td>non <input type="checkbox"/></td><td>ND <input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>Rectocolite hémorragique</td><td>oui <input type="checkbox"/></td><td>non <input type="checkbox"/></td><td>ND <input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>Maladie de Behcet</td><td>oui <input type="checkbox"/></td><td>non <input type="checkbox"/></td><td>ND <input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>Spondylarthrite ankylosante</td><td>oui <input type="checkbox"/></td><td>non <input type="checkbox"/></td><td>ND <input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>Purpura rhumatoïde</td><td>oui <input type="checkbox"/></td><td>non <input type="checkbox"/></td><td>ND <input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>Appendicectomie (date : / / )</td><td>oui <input type="checkbox"/></td><td>non <input type="checkbox"/></td><td>ND <input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>    préciser si appendice normale</td><td>oui <input type="checkbox"/></td><td>non <input type="checkbox"/></td><td>ND <input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>Laparotomie (hors appendicite)</td><td>oui <input type="checkbox"/></td><td>non <input type="checkbox"/></td><td>ND <input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>    préciser si concluante</td><td>oui <input type="checkbox"/></td><td>non <input type="checkbox"/></td><td>ND <input type="checkbox"/></td></tr> </table> <p><b>Clinique des crises avant traitement :</b></p> <p><b>Fièvre :</b> 38 <input type="checkbox"/> 39 <input type="checkbox"/> ≥40 <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> ND <input type="checkbox"/>                  parfois isolée oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> ND <input type="checkbox"/></p> <p><b>Abdomen :</b></p> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td>Douleurs abdominales</td><td>oui <input type="checkbox"/></td><td>non <input type="checkbox"/></td><td>ND <input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>Diarrhée</td><td>oui <input type="checkbox"/></td><td>non <input type="checkbox"/></td><td>ND <input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>Vomissements</td><td>oui <input type="checkbox"/></td><td>non <input type="checkbox"/></td><td>ND <input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>Hémorragie digestive</td><td>oui <input type="checkbox"/></td><td>non <input type="checkbox"/></td><td>ND <input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>Cytolyse hépatique</td><td>oui <input type="checkbox"/></td><td>non <input type="checkbox"/></td><td>ND <input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>Abcès</td><td>oui <input type="checkbox"/></td><td>non <input type="checkbox"/></td><td>ND <input type="checkbox"/></td></tr> </table> <p><b>Locomoteur :</b></p> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td>Arthralgies</td><td>oui <input type="checkbox"/></td><td>non <input type="checkbox"/></td><td>ND <input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>Arthrites :</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>    monoarticulaire</td><td>oui <input type="checkbox"/></td><td>non <input type="checkbox"/></td><td>ND <input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>    polyarticulaire</td><td>oui <input type="checkbox"/></td><td>non <input type="checkbox"/></td><td>ND <input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>Arthropathies déformantes</td><td>oui <input type="checkbox"/></td><td>non <input type="checkbox"/></td><td>ND <input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>Myalgies</td><td>oui <input type="checkbox"/></td><td>non <input type="checkbox"/></td><td>ND <input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>Ténosynovite</td><td>oui <input type="checkbox"/></td><td>non <input type="checkbox"/></td><td>ND <input type="checkbox"/></td></tr> </table> <p><b>Thorax :</b></p> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td>Douleurs thoraciques</td><td>oui <input type="checkbox"/></td><td>non <input type="checkbox"/></td><td>ND <input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>Pleurésie (date : / / )</td><td>oui <input type="checkbox"/></td><td>non <input type="checkbox"/></td><td>ND <input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>Péricardite (date : / / )</td><td>oui <input type="checkbox"/></td><td>non <input type="checkbox"/></td><td>ND <input type="checkbox"/></td></tr> </table> <p><b>Cutanéo-muqueux :</b></p> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td>Pseudoérysipèle</td><td>oui <input type="checkbox"/></td><td>non <input type="checkbox"/></td><td>ND <input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>Urticaire</td><td>oui <input type="checkbox"/></td><td>non <input type="checkbox"/></td><td>ND <input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>Erythème maculaire</td><td>oui <input type="checkbox"/></td><td>non <input type="checkbox"/></td><td>ND <input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>Purpura</td><td>oui <input type="checkbox"/></td><td>non <input type="checkbox"/></td><td>ND <input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>Dermographisme</td><td>oui <input type="checkbox"/></td><td>non <input type="checkbox"/></td><td>ND <input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>Aphthose buccale</td><td>oui <input type="checkbox"/></td><td>non <input type="checkbox"/></td><td>ND <input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>Aphthose génitale</td><td>oui <input type="checkbox"/></td><td>non <input type="checkbox"/></td><td>ND <input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>Vascularite</td><td>oui <input type="checkbox"/></td><td>non <input type="checkbox"/></td><td>ND <input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>Nécrose</td><td>oui <input type="checkbox"/></td><td>non <input type="checkbox"/></td><td>ND <input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>Psoriasis</td><td>oui <input type="checkbox"/></td><td>non <input type="checkbox"/></td><td>ND <input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>Erhythème noueux</td><td>oui <input type="checkbox"/></td><td>non <input type="checkbox"/></td><td>ND <input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>Folliculite ou acnée</td><td>oui <input type="checkbox"/></td><td>non <input type="checkbox"/></td><td>ND <input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>Pyoderma</td><td>oui <input type="checkbox"/></td><td>non <input type="checkbox"/></td><td>ND <input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>Dermatose neutrophilique</td><td>oui <input type="checkbox"/></td><td>non <input type="checkbox"/></td><td>ND <input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>Lipodystrophie</td><td>oui <input type="checkbox"/></td><td>non <input type="checkbox"/></td><td>ND <input type="checkbox"/></td></tr> </table>	Maladie de Crohn	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>	ND <input type="checkbox"/>	Rectocolite hémorragique	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>	ND <input type="checkbox"/>	Maladie de Behcet	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>	ND <input type="checkbox"/>	Spondylarthrite ankylosante	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>	ND <input type="checkbox"/>	Purpura rhumatoïde	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>	ND <input type="checkbox"/>	Appendicectomie (date : / / )	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>	ND <input type="checkbox"/>	préciser si appendice normale	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>	ND <input type="checkbox"/>	Laparotomie (hors appendicite)	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>	ND <input type="checkbox"/>	préciser si concluante	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>	ND <input type="checkbox"/>	Douleurs abdominales	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>	ND <input type="checkbox"/>	Diarrhée	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>	ND <input type="checkbox"/>	Vomissements	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>	ND <input type="checkbox"/>	Hémorragie digestive	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>	ND <input type="checkbox"/>	Cytolyse hépatique	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>	ND <input type="checkbox"/>	Abcès	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>	ND <input type="checkbox"/>	Arthralgies	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>	ND <input type="checkbox"/>	Arthrites :				monoarticulaire	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>	ND <input type="checkbox"/>	polyarticulaire	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>	ND <input type="checkbox"/>	Arthropathies déformantes	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>	ND <input type="checkbox"/>	Myalgies	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>	ND <input type="checkbox"/>	Ténosynovite	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>	ND <input type="checkbox"/>	Douleurs thoraciques	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>	ND <input type="checkbox"/>	Pleurésie (date : / / )	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>	ND <input type="checkbox"/>	Péricardite (date : / / )	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>	ND <input type="checkbox"/>	Pseudoérysipèle	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>	ND <input type="checkbox"/>	Urticaire	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>	ND <input type="checkbox"/>	Erythème maculaire	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>	ND <input type="checkbox"/>	Purpura	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>	ND <input type="checkbox"/>	Dermographisme	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>	ND <input type="checkbox"/>	Aphthose buccale	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>	ND <input type="checkbox"/>	Aphthose génitale	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>	ND <input type="checkbox"/>	Vascularite	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>	ND <input type="checkbox"/>	Nécrose	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>	ND <input type="checkbox"/>	Psoriasis	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>	ND <input type="checkbox"/>	Erhythème noueux	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>	ND <input type="checkbox"/>	Folliculite ou acnée	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>	ND <input type="checkbox"/>	Pyoderma	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>	ND <input type="checkbox"/>	Dermatose neutrophilique	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>	ND <input type="checkbox"/>	Lipodystrophie	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>	ND <input type="checkbox"/>	<p><b>Neuro-sensoriel :</b></p> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td>Cédème papillaire</td><td>oui <input type="checkbox"/></td><td>non <input type="checkbox"/></td><td>ND <input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>Cédème péri-orbitaire</td><td>oui <input type="checkbox"/></td><td>non <input type="checkbox"/></td><td>ND <input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>Conjonctivite</td><td>oui <input type="checkbox"/></td><td>non <input type="checkbox"/></td><td>ND <input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>Uvéite</td><td>oui <input type="checkbox"/></td><td>non <input type="checkbox"/></td><td>ND <input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>Cécité</td><td>oui <input type="checkbox"/></td><td>non <input type="checkbox"/></td><td>ND <input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>Céphalées</td><td>oui <input type="checkbox"/></td><td>non <input type="checkbox"/></td><td>ND <input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>Méningite aseptique chronique</td><td>oui <input type="checkbox"/></td><td>non <input type="checkbox"/></td><td>ND <input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>Encéphalite</td><td>oui <input type="checkbox"/></td><td>non <input type="checkbox"/></td><td>ND <input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>Epilepsie</td><td>oui <input type="checkbox"/></td><td>non <input type="checkbox"/></td><td>ND <input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>Retard mental</td><td>oui <input type="checkbox"/></td><td>non <input type="checkbox"/></td><td>ND <input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>Surdité de perception</td><td>oui <input type="checkbox"/></td><td>non <input type="checkbox"/></td><td>ND <input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>AVC/AIT</td><td>oui <input type="checkbox"/></td><td>non <input type="checkbox"/></td><td>ND <input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>Calcifications</td><td>oui <input type="checkbox"/></td><td>non <input type="checkbox"/></td><td>ND <input type="checkbox"/></td></tr> </table> <p><b>Reins :</b></p> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td>Amylose rénale</td><td>oui <input type="checkbox"/></td><td>non <input type="checkbox"/></td><td>ND <input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>Fonction rénale ↓</td><td>oui <input type="checkbox"/></td><td>non <input type="checkbox"/></td><td>ND <input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>Protéinurie</td><td>oui <input type="checkbox"/></td><td>non <input type="checkbox"/></td><td>ND <input type="checkbox"/></td></tr> </table> <p><b>Divers :</b></p> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td>Adénopathies</td><td>oui <input type="checkbox"/></td><td>non <input type="checkbox"/></td><td>ND <input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>Splénomégalie</td><td>oui <input type="checkbox"/></td><td>non <input type="checkbox"/></td><td>ND <input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>Allergie</td><td>oui <input type="checkbox"/></td><td>non <input type="checkbox"/></td><td>ND <input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>Infections récurrentes</td><td>oui <input type="checkbox"/></td><td>non <input type="checkbox"/></td><td>ND <input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>Pharyngite</td><td>oui <input type="checkbox"/></td><td>non <input type="checkbox"/></td><td>ND <input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>Orchite (date : / / )</td><td>oui <input type="checkbox"/></td><td>non <input type="checkbox"/></td><td>ND <input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>Retard staturo-pondéral</td><td>oui <input type="checkbox"/></td><td>non <input type="checkbox"/></td><td>ND <input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>SAM</td><td>oui <input type="checkbox"/></td><td>non <input type="checkbox"/></td><td>ND <input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>Autre(s) (préciser) :</td><td></td><td></td><td></td></tr> </table> <p><b>Biologie en crise :</b>                  (Joindre compte rendu résultats)</p> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td>VS</td><td>.....</td></tr> <tr><td>CRP (mg.L-1)</td><td>.....</td></tr> <tr><td>Protéinurie (mg/24 h)</td><td>.....</td></tr> <tr><td>IgA</td><td>.....</td></tr> <tr><td>IgD</td><td>.....</td></tr> <tr><td>Mévalonate urinaire</td><td>.....</td></tr> <tr><td>Activité de la mévalonate kinase</td><td>.....</td></tr> </table> <p><b>Traitement des crises :</b>                  (Préciser si efficacité nulle, partielle ou totale)</p> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td>Colchicine</td><td>.....</td></tr> <tr><td>Corticoïdes</td><td>.....</td></tr> <tr><td>Anti-TNF</td><td>.....</td></tr> <tr><td>Anti-IL1</td><td>.....</td></tr> <tr><td>Salicylés</td><td>.....</td></tr> <tr><td>Paracétamol</td><td>.....</td></tr> <tr><td>AINS</td><td>.....</td></tr> <tr><td>Opiacés</td><td>.....</td></tr> <tr><td>Crise après un arrêt du traitement</td><td>oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> ND <input type="checkbox"/></td></tr> </table>	Cédème papillaire	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>	ND <input type="checkbox"/>	Cédème péri-orbitaire	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>	ND <input type="checkbox"/>	Conjonctivite	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>	ND <input type="checkbox"/>	Uvéite	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>	ND <input type="checkbox"/>	Cécité	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>	ND <input type="checkbox"/>	Céphalées	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>	ND <input type="checkbox"/>	Méningite aseptique chronique	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>	ND <input type="checkbox"/>	Encéphalite	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>	ND <input type="checkbox"/>	Epilepsie	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>	ND <input type="checkbox"/>	Retard mental	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>	ND <input type="checkbox"/>	Surdité de perception	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>	ND <input type="checkbox"/>	AVC/AIT	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>	ND <input type="checkbox"/>	Calcifications	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>	ND <input type="checkbox"/>	Amylose rénale	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>	ND <input type="checkbox"/>	Fonction rénale ↓	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>	ND <input type="checkbox"/>	Protéinurie	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>	ND <input type="checkbox"/>	Adénopathies	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>	ND <input type="checkbox"/>	Splénomégalie	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>	ND <input type="checkbox"/>	Allergie	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>	ND <input type="checkbox"/>	Infections récurrentes	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>	ND <input type="checkbox"/>	Pharyngite	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>	ND <input type="checkbox"/>	Orchite (date : / / )	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>	ND <input type="checkbox"/>	Retard staturo-pondéral	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>	ND <input type="checkbox"/>	SAM	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>	ND <input type="checkbox"/>	Autre(s) (préciser) :				VS	.....	CRP (mg.L-1)	.....	Protéinurie (mg/24 h)	.....	IgA	.....	IgD	.....	Mévalonate urinaire	.....	Activité de la mévalonate kinase	.....	Colchicine	.....	Corticoïdes	.....	Anti-TNF	.....	Anti-IL1	.....	Salicylés	.....	Paracétamol	.....	AINS	.....	Opiacés	.....	Crise après un arrêt du traitement	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> ND <input type="checkbox"/>
Maladie de Crohn	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>	ND <input type="checkbox"/>																																																																																																																																																																																																																																																																																																		
Rectocolite hémorragique	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>	ND <input type="checkbox"/>																																																																																																																																																																																																																																																																																																		
Maladie de Behcet	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>	ND <input type="checkbox"/>																																																																																																																																																																																																																																																																																																		
Spondylarthrite ankylosante	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>	ND <input type="checkbox"/>																																																																																																																																																																																																																																																																																																		
Purpura rhumatoïde	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>	ND <input type="checkbox"/>																																																																																																																																																																																																																																																																																																		
Appendicectomie (date : / / )	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>	ND <input type="checkbox"/>																																																																																																																																																																																																																																																																																																		
préciser si appendice normale	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>	ND <input type="checkbox"/>																																																																																																																																																																																																																																																																																																		
Laparotomie (hors appendicite)	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>	ND <input type="checkbox"/>																																																																																																																																																																																																																																																																																																		
préciser si concluante	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>	ND <input type="checkbox"/>																																																																																																																																																																																																																																																																																																		
Douleurs abdominales	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>	ND <input type="checkbox"/>																																																																																																																																																																																																																																																																																																		
Diarrhée	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>	ND <input type="checkbox"/>																																																																																																																																																																																																																																																																																																		
Vomissements	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>	ND <input type="checkbox"/>																																																																																																																																																																																																																																																																																																		
Hémorragie digestive	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>	ND <input type="checkbox"/>																																																																																																																																																																																																																																																																																																		
Cytolyse hépatique	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>	ND <input type="checkbox"/>																																																																																																																																																																																																																																																																																																		
Abcès	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>	ND <input type="checkbox"/>																																																																																																																																																																																																																																																																																																		
Arthralgies	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>	ND <input type="checkbox"/>																																																																																																																																																																																																																																																																																																		
Arthrites :																																																																																																																																																																																																																																																																																																					
monoarticulaire	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>	ND <input type="checkbox"/>																																																																																																																																																																																																																																																																																																		
polyarticulaire	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>	ND <input type="checkbox"/>																																																																																																																																																																																																																																																																																																		
Arthropathies déformantes	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>	ND <input type="checkbox"/>																																																																																																																																																																																																																																																																																																		
Myalgies	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>	ND <input type="checkbox"/>																																																																																																																																																																																																																																																																																																		
Ténosynovite	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>	ND <input type="checkbox"/>																																																																																																																																																																																																																																																																																																		
Douleurs thoraciques	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>	ND <input type="checkbox"/>																																																																																																																																																																																																																																																																																																		
Pleurésie (date : / / )	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>	ND <input type="checkbox"/>																																																																																																																																																																																																																																																																																																		
Péricardite (date : / / )	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>	ND <input type="checkbox"/>																																																																																																																																																																																																																																																																																																		
Pseudoérysipèle	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>	ND <input type="checkbox"/>																																																																																																																																																																																																																																																																																																		
Urticaire	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>	ND <input type="checkbox"/>																																																																																																																																																																																																																																																																																																		
Erythème maculaire	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>	ND <input type="checkbox"/>																																																																																																																																																																																																																																																																																																		
Purpura	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>	ND <input type="checkbox"/>																																																																																																																																																																																																																																																																																																		
Dermographisme	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>	ND <input type="checkbox"/>																																																																																																																																																																																																																																																																																																		
Aphthose buccale	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>	ND <input type="checkbox"/>																																																																																																																																																																																																																																																																																																		
Aphthose génitale	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>	ND <input type="checkbox"/>																																																																																																																																																																																																																																																																																																		
Vascularite	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>	ND <input type="checkbox"/>																																																																																																																																																																																																																																																																																																		
Nécrose	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>	ND <input type="checkbox"/>																																																																																																																																																																																																																																																																																																		
Psoriasis	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>	ND <input type="checkbox"/>																																																																																																																																																																																																																																																																																																		
Erhythème noueux	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>	ND <input type="checkbox"/>																																																																																																																																																																																																																																																																																																		
Folliculite ou acnée	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>	ND <input type="checkbox"/>																																																																																																																																																																																																																																																																																																		
Pyoderma	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>	ND <input type="checkbox"/>																																																																																																																																																																																																																																																																																																		
Dermatose neutrophilique	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>	ND <input type="checkbox"/>																																																																																																																																																																																																																																																																																																		
Lipodystrophie	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>	ND <input type="checkbox"/>																																																																																																																																																																																																																																																																																																		
Cédème papillaire	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>	ND <input type="checkbox"/>																																																																																																																																																																																																																																																																																																		
Cédème péri-orbitaire	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>	ND <input type="checkbox"/>																																																																																																																																																																																																																																																																																																		
Conjonctivite	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>	ND <input type="checkbox"/>																																																																																																																																																																																																																																																																																																		
Uvéite	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>	ND <input type="checkbox"/>																																																																																																																																																																																																																																																																																																		
Cécité	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>	ND <input type="checkbox"/>																																																																																																																																																																																																																																																																																																		
Céphalées	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>	ND <input type="checkbox"/>																																																																																																																																																																																																																																																																																																		
Méningite aseptique chronique	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>	ND <input type="checkbox"/>																																																																																																																																																																																																																																																																																																		
Encéphalite	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>	ND <input type="checkbox"/>																																																																																																																																																																																																																																																																																																		
Epilepsie	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>	ND <input type="checkbox"/>																																																																																																																																																																																																																																																																																																		
Retard mental	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>	ND <input type="checkbox"/>																																																																																																																																																																																																																																																																																																		
Surdité de perception	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>	ND <input type="checkbox"/>																																																																																																																																																																																																																																																																																																		
AVC/AIT	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>	ND <input type="checkbox"/>																																																																																																																																																																																																																																																																																																		
Calcifications	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>	ND <input type="checkbox"/>																																																																																																																																																																																																																																																																																																		
Amylose rénale	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>	ND <input type="checkbox"/>																																																																																																																																																																																																																																																																																																		
Fonction rénale ↓	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>	ND <input type="checkbox"/>																																																																																																																																																																																																																																																																																																		
Protéinurie	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>	ND <input type="checkbox"/>																																																																																																																																																																																																																																																																																																		
Adénopathies	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>	ND <input type="checkbox"/>																																																																																																																																																																																																																																																																																																		
Splénomégalie	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>	ND <input type="checkbox"/>																																																																																																																																																																																																																																																																																																		
Allergie	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>	ND <input type="checkbox"/>																																																																																																																																																																																																																																																																																																		
Infections récurrentes	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>	ND <input type="checkbox"/>																																																																																																																																																																																																																																																																																																		
Pharyngite	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>	ND <input type="checkbox"/>																																																																																																																																																																																																																																																																																																		
Orchite (date : / / )	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>	ND <input type="checkbox"/>																																																																																																																																																																																																																																																																																																		
Retard staturo-pondéral	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>	ND <input type="checkbox"/>																																																																																																																																																																																																																																																																																																		
SAM	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>	ND <input type="checkbox"/>																																																																																																																																																																																																																																																																																																		
Autre(s) (préciser) :																																																																																																																																																																																																																																																																																																					
VS	.....																																																																																																																																																																																																																																																																																																				
CRP (mg.L-1)	.....																																																																																																																																																																																																																																																																																																				
Protéinurie (mg/24 h)	.....																																																																																																																																																																																																																																																																																																				
IgA	.....																																																																																																																																																																																																																																																																																																				
IgD	.....																																																																																																																																																																																																																																																																																																				
Mévalonate urinaire	.....																																																																																																																																																																																																																																																																																																				
Activité de la mévalonate kinase	.....																																																																																																																																																																																																																																																																																																				
Colchicine	.....																																																																																																																																																																																																																																																																																																				
Corticoïdes	.....																																																																																																																																																																																																																																																																																																				
Anti-TNF	.....																																																																																																																																																																																																																																																																																																				
Anti-IL1	.....																																																																																																																																																																																																																																																																																																				
Salicylés	.....																																																																																																																																																																																																																																																																																																				
Paracétamol	.....																																																																																																																																																																																																																																																																																																				
AINS	.....																																																																																																																																																																																																																																																																																																				
Opiacés	.....																																																																																																																																																																																																																																																																																																				
Crise après un arrêt du traitement	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> ND <input type="checkbox"/>																																																																																																																																																																																																																																																																																																				
<div style="border: 1px solid black; padding: 10px; margin: 0 auto; width: 80%;"> <p>Remplir impérativement la fiche clinique jointe, qui permettra d'orienter le diagnostic moléculaire.</p> <p style="text-align: center;"><b>FAIRE SIGNER LE CONSENTEMENT ECLAIRE.</b></p> <p style="text-align: center;"><b>TOUT DOSSIER INCOMPLET NE SERA PAS PRIS EN CHARGE.</b></p> <p style="text-align: center;"><b>MERCI DE VOTRE COMPREHENSION</b></p> </div> <p>(*ND = non déterminé)</p>																																																																																																																																																																																																																																																																																																					