

### IDENTIFICATION DU PATIENT

Nom :	Prénom :	ETIQUETTE PATIENT (espace réservé au laboratoire)
Date de naissance :	Sexe : <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	
Adresse complète 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](mailto: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