



CHU Sainte-Justine
Le centre hospitalier
universitaire mère-enfant

Pour l'amour des enfants



HSJ-0000

HSJ-0000

Ne rien inscrire
dans cette section

Identification du patient

Nom, Prénom :

Sexe : F ☐ M ☐

dossier ou # Ass.maladie :

Date de naissance :

ou

Plaquer carte d'identification :

INFORMATIONS CLINIQUES PANEL SCID

Âge du patient lors de la demande : _____

Formulaire complété par (spécifier patron responsable) : _____

Consanguinité ☐ OUI ☐ NON Spécifiez : _____

Origine ethnique : _____

Histoire familiale pertinente : _____

Analyses déjà effectuées (proband) :

Dépistage néonatal SCID - PQDNS ☐ OUI : Résultat _____
☐ NON

TREC ☐ OUI : Résultat _____
☐ NON

Phénotypage lymphocytaire ☐ OUI : Résultat _____
☐ NON

Informations cliniques additionnelles :
