

Etiquette patient
ou

Nom :
Nom usuel :
Prénom :
Né(e) le : Sexe :

Etiquette Service

CONTACT LABORATOIRE
Secrétariat :
Tél. : 01 49 81 28 73
hmn-secrariat.genetique@aphp.fr

La prescription doit être réalisée par un médecin senior en mesure de suivre le patient et de lui rendre les résultats de l'analyse génétique

Nom du médecin prescripteur : <u>écrire lisiblement</u> Téléphone : Signature :	Hôpital :	Identité du préleveur :
	Service :	Téléphone :
	Adresse :	Date de prélèvement :/...../.....
	Ville :	Heure de prélèvement : Date d'envoi :/...../.....

ÉTUDE DES GÈNES SCN9A (Na_v1.7), SCN10A (Na_v1.8) et SCN11A (Na_v1.9)

Sujet prélevé : ☐ Cas index RIHN5570 ☐ Apparenté symptomatique RIHN720 par seq. ☐ Apparenté non symptomatique RIHN720 par seq. Famille/individus connus dans notre laboratoire : ☐ OUI ☐ NON si OUI Nom de l'individu : ATCD familiaux ? ☐ OUI ☐ NON	Arbre généalogique (préciser les origines géographiques des 4 grands-parents) <i>(la fréquence et la distribution des mutations varient selon les origines géographiques / ethniques)</i> Consanguinité : ☐ OUI (préciser sur l'arbre) ☐ NON
Indication de la recherche ☐ Etude d'un cas index ☐ Neuropathie des petites fibres ☐ Erythralgie ☐ Tableau de douleurs paroxystiques extrêmes ☐ Autre (préciser) : ☐ Etude d'un apparenté de malade ♦ Mutation à rechercher : Gène : Mutation ♦ Sujet atteint : Nom et Prénom : Génotype : Lien de parenté avec le cas index :	Présentation Phénotypique (joindre un compte-rendu clinique) ☐ Atteinte neurologique (préciser) : ☐ Atteinte cutanée (préciser) : ☐ Autre atteinte (préciser) : Examens complémentaires (joindre un compte-rendu) ☐ biopsie cutanée : ☐ ENMG : ☐ Autres :

ATTESTATION DE CONSEIL GÉNÉTIQUE ET DE RECUEIL DE CONSENTEMENT

Je soussigné, Dr / CG, certifie que, conformément au Code Civil (Art.16-10) et au Code de la Santé Publique (Art. R1131-5 ou, pour le diagnostic prénatal, R2131-2), j'ai informé le sujet des caractéristiques de la maladie, des moyens de la détecter, du degré de fiabilité des analyses, des possibilités de prévention et de traitement, des modalités de transmission génétique et leurs possibles conséquences chez d'autres membres de sa famille (Art. R1131-4 du CSP) et que je suis en possession du consentement éclairé signé par le sujet ou son tuteur légal *dans le cadre de l'examen des caractéristiques génétiques à des fins médicales.*

Date :

Signature du Médecin / CG :

INFORMATIONS POUR LE PRESCRIPTEUR

MODALITÉS DE PRÉLÈVEMENT ET D'EXPÉDITION

- Echantillon : - **sang EDTA** (violet), 2 tubes de 2mL (enfant) à 5mL (adulte)
- ADN extrait : rapport A₂₆₀/A₂₈₀ : 1,5-2 ; quantité >10µg
- Envoi par transport rapide et spécifique selon la réglementation ADR à température ambiante. NE PAS CONGELER

DOCUMENTS A JOINDRE A TOUT PRÉLÈVEMENT

- ☐ la feuille de demande remplie et signée par le prescripteur
- ☐ un compte-rendu paraclinique et/ou clinique si pertinent
- ☐ un bon de commande

ADRESSE DU LABORATOIRE

DMU Biologie-Pathologie, Laboratoire de Génétique
HU Henri Mondor, 1 rue Gustave Eiffel
F-94010 CRÉTEIL CEDEX

**Cadre réservé au laboratoire
de Génétique**

N° de famille :

Etiquette dossier

Etiquette ADN