

Etiquette patient
ou

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

Etiquette Service

CONTACT LABORATOIRE

Secrétariat :
Tél. : 01 49 81 28 61
Fax : 01 49 81 22 19

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 : Service : Adresse : Ville :	Identité du préleveur : Téléphone : Date de prélèvement :/...../..... Heure de prélèvement : Date d'envoi :/...../.....
---	--	---

ETUDE MOLECULAIRE DES CARDIOMYOPATHIES HYPERTROPHIQUES ET DILATEES par NGS

Sujet prélevé : ☐ Cas index ☐ Apparenté symptomatique ☐ Apparenté non symptomatique * Famille/individus connue : ☐ OUI ☐ NON - dans notre laboratoire ☐ OUI ☐ NON - dans un autre laboratoire (lequel ?) : si OUI Nom de l'individu : * L'analyse ne peut être effectuée que si la personne est prise en charge dans le cadre d'une consultation pluridisciplinaire et déclarée	Indication de la recherche ☐ Etude d'un cas index, panel de gènes ciblés (RIHN 8170) (Liste des gènes disponible à la demande) Phénotype cardiaque : Age de début ans Cardiomyopathie type : ☐ Hypertrophique ☐ Dilatée ☐ Restrictive ☐ Avec troubles de la conduction ☐ ATCD PM ou DAI ☐ Sans troubles de la conduction ☐ Amylose rénale ☐ Autre : ☐ Etude d'un apparenté de malade (RIHN 720) - Mutation à rechercher : Gène : - Nom du sujet atteint :
Arbre généalogique (Préciser les origines géographiques des 4 grands-parents) Consanguinité : ☐ OUI ☐ NON (préciser sur l'arbre)	ATCD familiaux : Mort subite : oui ☐ non ☐ Apparenté concerné : Insuffisance cardiaque : oui ☐ non ☐ Apparenté : Anomalie structurelle cardiaque : oui ☐ non ☐ Apparenté : Retard mental : oui ☐ non ☐ Apparenté : Décès d'un apparenté < 50 ans : oui ☐ non ☐ Apparenté : Pose de PM/DAI < 60 ans : oui ☐ non ☐ Apparenté : Autre : Présentation phénotypique extra-cardiaque : Retard mental : oui ☐ non ☐ Ptosis : oui ☐ non ☐ Tbles de la marche : oui ☐ non ☐ Déficit musculaire : oui ☐ non ☐ Elevation des CPK : oui ☐ non ☐ Canal carpien : oui ☐ non ☐ Neuropathie périphérique : oui ☐ non ☐ Surdité : oui ☐ non ☐ Tâches café au lait : oui ☐ non ☐ Déficit visuel : oui ☐ non ☐ Angiok��ratome(s) : oui ☐ non ☐ Hypertélorisme : oui ☐ non ☐ Néphropathie : oui ☐ non ☐ Diabète : oui ☐ non ☐ Autre : Insulino-R : oui ☐ non ☐

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)    5mL (adulte)
- ADN extrait : rapport A₂₆₀/A₂₈₀ : 1,5-2 ; quantité >10  g
- Envoi par transport rapide et spécifique selon la réglementation ADR    température ambiante. NE PAS CONGELER

DOCUMENTS A JOINDRE A TOUT PRÉLÈVEMENT

- la feuille de demande remplie et signée par le prescripteur
- un compte-rendu échographique 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

N   de famille : N   ADN :
Date et heure de réception :
ID du technicien :
Nature du prélèvement : ☐ Sang ☐ ADN
☐ Autres :
Nb de tubes :   ch. surnuméraires ? ☐ Oui ☐ Non