

Etiquette patient
ou

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

Etiquette Service

CONTACT LABORATOIRE

Secrétariat :
Tél. : 01 49 81 28 73
hmn-secretariat.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>	Hôpital :	Identité du préleveur :
Téléphone :	Service :	Téléphone :
Signature :	Adresse :	Date de prélèvement :/...../.....
	Ville :	Heure de prélèvement :
		Date d'envoi :/...../.....

**ETUDE MOLECULAIRE DES ANEMIES HEMOLYTIQUES CONSTITUTIONNELLES PAR NGS
(RIHN8170 ou RIHN5570 selon panel réalisé)**

Sujet prélevé : ☐ Cas index ☐ Apparenté symptomatique ☐ Apparenté non symptomatique Famille/individu connu ? ☐ OUI ☐ NON ☐ dans notre laboratoire Famille de référence : (nom de famille du cas index) ☐ dans un autre laboratoire (indiquer lequel) : Age de début : ATCD familiaux ? ☐ OUI ☐ NON	Arbre généalogique - préciser les origines géographiques - <i>(la fréquence et la distribution des mutations varient selon les origines géographiques/ethniques)</i> Circonstance du diagnostic : Consanguinité : ☐ OUI (préciser sur l'arbre) ☐ NON ☐ Grossesse en cours : ☐ OUI ☐ NON
--	---

☐ Pathologies suspectées : ☐ Pathologie du métabolisme énergétique du GR ☐ Pathologie du stress oxydant ☐ Pathologie du métabolisme des nucléotides ☐ Hémoglobinopathies/Dysérythropoïèse ☐ Pathologie membranaire ☐ SHU ou SHUa ☐ Syndrome dysimmunitaire ☐ Pathologie du métabolisme de l'hème ☐ Dysérythropoïèse congénitale ☐ Autres pathologies associées : ☐ ETUDE ARN SUR TUBE PAXGENE (fait suite à un premier résultat sur ADN génomique, étude complémentaire proposée par le laboratoire, protocole et matériel de recueil disponibles auprès du laboratoire)	Renseignements biologiques : A FOURNIR SVP NFS Hb : Nombre de globules rouges : Hématocrite : VGM : TCMH : Réticulocytes : Bilirubine : LDH : Ferritine : Etude de l'hémoglobine : ☐ Normale ☐ Anormale (préciser) Haptoglobine : Gaz du sang : P50 : Méthémoglobinémie : Test de Coombs direct : EMA : Electrophorèse des protéines de la membrane du GR : Activités enzymatiques : G6PD PK HX Ektacytométrie :
---	---

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) ou 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 clinique si pertinent
- ☐ un bon de commande

ADRESSE DU LABORATOIRE **DMU Biologie-Pathologie, Laboratoire de Génétique HU Henri Mondor, 1 rue Gustav e Eiffel F-94010 CRÉTEIL CEDEX**

**Cadre réservé au laboratoire
de Génétique**

N° de famille :

Etiquette dossier

Etiquette ADN