

Etiquette patient
ou

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

Etiquette Service

CONTACT LABORATOIRE
Secrétariat :
Tél. : 01 49 81 48 65
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 : <i>écrire lisiblement</i>	Hôpital :	Identité du préleveur :
.....	Service :	Téléphone :
Téléphone :	Adresse :	Date de prélèvement :/...../.....
Signature :	Ville :	Heure de prélèvement :
		Date d'envoi :/...../.....

**ÉTUDE GÉNÉTIQUE DES ENZYMOPATHIES ÉRYTHROCYTAIRES
ET PATHOLOGIES DU STRESS OXYDANT À RÉVÉLATION ÉRYTHROCYTAIRE
DÉFICIT en G6PD**

<p>Sujet prélevé :</p> <p><input type="checkbox"/> Cas index</p> <p><input type="checkbox"/> Apparenté : atteint ? <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON Si Apparenté(e), lien généalogique avec le cas index :</p> <p>Famille/individu connu ? <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON</p> <p>- dans notre laboratoire <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON</p> <p>- dans un autre laboratoire (lequel ?) :</p> <p>si OUI Nom de l'individu :</p> <p>ou numéro de Famille de référence :</p>	<p>Arbre généalogique</p> <p><i>Préciser les origines géographiques (la fréquence et la distribution des mutations varient selon les origines géographiques/ethniques)</i></p> <p><i>Au besoin, utiliser le dos de la feuille</i></p>
<p>ATCD familiaux : <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON Consanguinité : <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON</p>	

Indication de la recherche

Étude du cas index :

Favisme (déficit en G6PD) *RIHN3270*

Déficit de la glycolyse (GPI, TPI, ...) *RIHN3270*

Anomalie du métabolisme des pyrimidines ou purines (P5N / NT5C3) *RIHN3270*

Méthémoglobinémie héréditaire (CYB5R3) *RIHN3270*

Étude chez un apparenté (mutation familiale connue) *RIHN570*

Mutation à rechercher :

Nom du sujet atteint:

À JOINDRE IMPÉRATIVEMENT

Anamnèse (joindre un compte-rendu)

Numération globulaire avec compte des réticulocytes et colorations spéciales si nécessaires (corps de Heinz, ponctuations basophiles)

Bilan martial complet (marqueurs de l'inflammation souhaitables)

Marqueurs d'hémolyse

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 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 de Génétique

N° de famille :

Etiquette dossier	Etiquette ADN
-------------------	---------------