

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 : <i>écrire lisiblement</i> Téléphone :	Hôpital : Service : Adresse : Ville :	Identité du préleveur : Téléphone : Date de prélèvement :/...../..... Heure de prélèvement : Date d'envoi :/...../.....
------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

ÉTUDE DES GÈNES IMPLIQUÉS DANS LES PNEUMOPATHIES INTERSTITIELLES

<p>Sujet prélevé : <input type="checkbox"/> Cas index <input type="checkbox"/> Apparenté symptomatique <input type="checkbox"/> Apparenté non symptomatique</p> <p>Famille/individus connus dans notre laboratoire : <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON si OUI Nom de l'individu : <input type="checkbox"/> ATCD familiaux ? <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON</p> <p>Indication de la recherche Renseignements cliniques et arbre généalogique à préciser au verso</p> <p><input type="checkbox"/> Étude d'un cas index pour confirmation de diagnostic</p> <p>• Nouveau-nés : <input type="checkbox"/> Détresse respiratoire sévère chez un enfant né à terme <input type="checkbox"/> Ventilation après 40 SA avec FiO₂>40% chez un enfant prématuré avec pathologie alvéolaire ou alvéolo-interstitielle</p> <p>• Enfants et adultes : <input type="checkbox"/> Pathologie pulmonaire alvéolo-interstitielle <input type="checkbox"/> Si autre(s) motif(s), préciser : <input type="checkbox"/> Signes extra-pulmonaires : à préciser au verso</p> <p><input type="checkbox"/> Étude familiale chez un apparenté de malade</p> <p><input type="checkbox"/> Grossesse en cours : DDR : ou DDG :</p>	<p>ANALYSE(S) MOLÉCULAIRE(S) DEMANDÉE(S)</p> <p><input type="checkbox"/> Analyse complète chez un cas index (Recherche de mutations germinales sur les exons codants des gènes)</p> <p><input type="checkbox"/> Petit panel RIHN 3270: gènes ABCA3, NKX2.1 (TTF-1), SFTPB, SFTPC, TBX4, FOXF1</p> <p><input type="checkbox"/> Grand panel RIHN 5570: gènes ABCA3, NKX2.1, COPA, CSF2RA, CSF2RB, FOXF1, GATA2, MARS1, PARN, RTEL1, SFTPA1, SFTPA2, SFTPB, SFTPC, TBX4, TERC, TERT, TMEM173, et autres gènes selon évolution du panel</p> <p><input type="checkbox"/> Recherche ciblée (mutation à confirmer ou recherche chez un apparenté avec mutation familiale identifiée) RIHN720 / mutation</p> <p>Gène : Mutation :</p> <p>Cas index : Nom et Prénom : Génotype : Lien de parenté avec le cas index.....</p> <p><i>Si la mutation familiale n'a pas été identifiée dans notre laboratoire, merci de nous joindre une copie du résultat du cas index.</i></p>
-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

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 clinique et/ou paraclinique si pertinent
- un bon de commande

ADRESSE DU LABORATOIRE

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

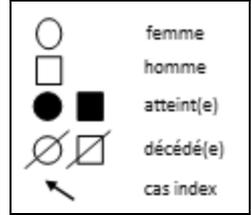
**Cadre réservé au laboratoire
de Génétique**

N° de famille :

Etiquette dossier

Etiquette ADN

Arbre généalogique



Consanguinité
 OUI (préciser sur l'arbre)
 NON

Autres renseignements :

Area with horizontal lines for additional information.