

*Etiquette patient*  
ou

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

Etiquette Service

CONTACT LABORATOIRE

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

**ETUDE MOLECULAIRE DES SYNDROMES DREPANOCYTAIRES**

<p><b>Sujet prélevé :</b> <input type="checkbox"/> Cas index  <input type="checkbox"/> Apparenté symptomatique  <input type="checkbox"/> Apparenté non symptomatique</p> <p><b>Famille/individu connu ?</b> <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON  - dans notre laboratoire  Famille de référence :  (nom de famille du cas index)  - dans un autre laboratoire  (indiquer lequel) :</p> <p><b>Génotype suspecté :</b>  <input type="checkbox"/> Drépanocytose : <input type="checkbox"/> Homozygote  <input type="checkbox"/> Hétérozygote  <input type="checkbox"/> Syndrome drépanocytaire :  (préciser : S/β thal, S/C, S/D Punjab, S/O Arab)</p> <p><b>Pathologie du globule rouge associée :</b>  (préciser si certaine ou suspectée)  <input type="checkbox"/> Déficit enzymatique :  <input type="checkbox"/> Anomalie de membrane :</p> <p><b>Objet de l'étude :</b>  <input type="checkbox"/> Aide au diagnostic  <input type="checkbox"/> Caractérisation des mutations  <input type="checkbox"/> Patient transfusé  <input type="checkbox"/> Diagnostic prénatal souhaité /programmé  <input type="checkbox"/> Protocole de greffe de moelle osseuse</p> <p><b>Grossesse en cours :</b> <input type="checkbox"/> OUI DDR : ..... DDG : .....  <input type="checkbox"/> NON</p> <p><b>Conjoint :</b> NOM : ..... Génotype : .....</p>	<p><b>Bilan biologique :</b>  <b>RESULTATS A JOINDRE IMPERATIVEMENT</b></p> <p><input type="checkbox"/> Etude de l'hémoglobine (en %)      Technique utilisée :  <input type="checkbox"/> HbS      <input type="checkbox"/> ECAP  <input type="checkbox"/> HbA      <input type="checkbox"/> HPLC  <input type="checkbox"/> HbA2 :      <input type="checkbox"/> Autre :  <input type="checkbox"/> Hb X (F, variant, ...) :</p> <p><input type="checkbox"/> NFS  <input type="checkbox"/> VGM :  <input type="checkbox"/> TCMH :  <input type="checkbox"/> Hb :</p> <p><input type="checkbox"/> Bilan martial  <input type="checkbox"/> Saturation Transferrine :  <input type="checkbox"/> Ferritinémie :  <input type="checkbox"/> Transferrine Sérique :</p> <p><input type="checkbox"/> Densité érythrocytaire</p> <p><input type="checkbox"/> Protocole thérapeutique :  <input type="checkbox"/> Transfusion  <input type="checkbox"/> Hydroxyurée  <input type="checkbox"/> Autres :</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 clinico-biologique, les résultats de NFS
- 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 : ..... éch. surnuméraires ?  Oui  Non