ASSISTANCE PUBLIQUE HÔPITAUX DE PARIS

Laboratoire de Génétique Moléculaire Neurovasculaire
HOPITAL LARIBOISIERE
2 rue Ambroise Paré - 75475 PARIS Cedex 10

cervco
CENTRE DE RÉFÉRENCE DES MALADIES VASCULAIRES RARES DU CERVEAU ET DE L'ŒIL

Chef de Service : Pr Elisabeth TOURNIER-LASSERVE (elisabeth.tournier@aphp.fr)
Biologistes : Dr Florence RIANT (florence.riant@aphp.fr)
Dr Manuèle MINE (manuele.mine@aphp.fr)
Dr Carol PRIETO-MORIN (carol.prieto-morin@aphp.fr)

Secrétariat - renseignements : ☏: 01.49.95.86.23 - www.cervco.fr

Réception des prélèvements : ☏: 01.49.95.86.16 - du lundi au vendredi de 8h30 à 17h30

IMP N°17

DEMANDE DE DIAGNOSTIC MOLECULAIRE

PATIENT

Nom : ……
Prénom : ……
Nom de jeune fille : ……
Date de naissance : ……
Sexe : ☐ M ☐ F

Nature du prélèvement :
☐ sang
☐ ADN
☐ autre ……

Il s'agit du :
☐ 1er prélèvement
☐ 2ème prélèvement

PRESCRIPTEUR (senior obligatoire)

Nom (écrire lisiblement) : ……
Service : ……
Adresse : ……
……
Téléphone : ……

PRELEVEUR

Nom : ……
Service : ……
Date : ……

Un apparenté a-t-il déjà été prélevé dans le but de réaliser une étude moléculaire liée au diagnostic évoqué chez le patient ?

☐ **non** ☐ **oui**

CRIBLAGE MOLECULAIRE DEMANDE

Joindre obligatoirement les informations cliniques, un arbre généalogique et une copie de l'IRM cérébrale si présence d'anomalies

Ataxie Episodique (10 ml sur EDTA)
- ☐ KCNA1 (type 1)
- ☐ CACNA1A (type 2)

Cavernomatose familiale (10 ml sur EDTA + 1 tube PAXgene)
- ☐ KRIT1 (CCM1)
- ☐ MCG4607 (CCM2)
- ☐ PDCD10 (CCM3)

COATS+ (10 ml sur EDTA)
- ☐ CTC1

Dyskinésie Paroxystique (10 ml sur EDTA)
- ☐ PRRT2

Leucoencéphalopathies Vasculaires Autosomiques Dominantes (10 ml sur EDTA)
- ☐ APP
- ☐ COL4A1
- ☐ COL4A2
- ☐ HTRA1
- ☐ NOTCH3 (CADASIL)
- ☐ TREX

Leucoencéphalopathies Vasculaires Autosomiques Récessives (10 ml sur EDTA)
- ☐ HTRA1 (CARASIL)

Moya Moya syndromique (10 ml sur EDTA)
- ☐ BRCC3 / MTCP1
- ☐ GUCY1A3

Migraine Hémiplégique Familiale (10 ml sur EDTA)
- ☐ CACNA1A (FHM1)
- ☐ ATP1A2 (FHM2)
- ☐ SCN1A (FHM3)
- ☐ PRRT2

Autre (15 ml sur EDTA)

Par sa signature, le médecin prescripteur atteste avoir informé la personne concernée selon les obligations légales en vigueur (Art.R.1131-5 du 4 avril 2008) et atteste avoir reçu son consentement (joindre une copie du consentement).

Date Signature du médecin obligatoire :

CADRE RESERVE AU SERVICE
Date d'arrivée :

Conforme ☐ oui
☐ non

Mise à jour : 01/09/2015