

Etiquette patient

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 :/...../.....

EXPLORATION MOLÉCULAIRE DES ENZYMOPATHIES ÉRYTHROCYTAIRES ET PATHOLOGIES DU STRESS OXYDANT À RÉVÉLATION ÉRYTHROCYTAIRE

<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</p> <p>Si Apparenté(e), lien généalogique avec le cas index :</p> <p>Famille/individu connu ? <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON</p> <p><input type="checkbox"/> dans notre laboratoire Famille de référence : (nom de famille du cas index)</p> <p><input type="checkbox"/> dans un autre laboratoire (indiquer lequel) :</p>	<p>Arbre généalogique : voir au verso</p> <p>☞ préciser les origines géographiques (la fréquence et la distribution des mutations varient selon les origines géographiques/ethniques)</p> <p>☞ préciser les éventuels liens de consanguinité</p>
<p>PATHOLOGIE SUSPECTÉE</p> <p><input type="checkbox"/> Favisme (déficit en G6PD ou autre anomalie de synthèse / régénération du Glutathion) :</p> <p><input type="checkbox"/> Déficit de la glycolyse :</p> <p><input type="checkbox"/> Anomalie du métabolisme des purines ou pyrimidines :</p> <p><input type="checkbox"/> Méthémoglobinémie</p>	<p>À JOINDRE IMPÉRATIVEMENT</p> <p><input type="checkbox"/> Anamnèse (joindre un compte-rendu)</p> <p><input type="checkbox"/> Numération globulaire avec compte des réticulocytes et colorations spéciales si nécessaires (corps de Heinz, ponctuations basophiles)</p> <p><input type="checkbox"/> Bilan martial complet (marqueurs de l'inflammation souhaitables)</p> <p><input type="checkbox"/> Marqueurs d'hémolyse</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 échographique ou clinique si pertinent
- un bon de commande

ADRESSE DU LABORATOIRE

Pôle de Biologie-Pathologie, Département de Génétique
H.U. Henri Mondor, 51, av. du M^{al} de Lattre de Tassigny
F-94010 CRÉTEIL CEDEX

Cadre réservé au laboratoire

N° de famille : N° ADN :
Date et heure de réception :
Identité du technicien Réception :
Nature de l'échantillon :
 Sang ADN Autre :

Tube(s) surnuméraire(s) : Oui (nombre) : Non

Blank lined area for clinical and biological information.