

Etiquette patient
ou

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

Etiquette Service

CONTACT LABORATOIRE

Secrétariat :
Tél. : 01 49 81 28 73
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 :/...../.....

ÉTUDE DES GÈNES IMPLIQUÉS DANS LES PNEUMOPATHIES INTERSTITIELLES

Sujet prélevé : Cas index
 Apparenté symptomatique
 Apparenté non symptomatique

Famille/individus connus dans notre laboratoire :
 OUI NON
si OUI Nom de l'individu :
 ATCD familiaux ? OUI NON

Indication de la recherche
Renseignements cliniques et arbre généalogique à préciser au verso

Etude d'un cas index pour confirmation de diagnostic

• **Nouveau-nés :**
 Détresse respiratoire sévère chez un enfant né à terme
 Ventilation après 40 SA avec FiO₂>40% chez un enfant prématuré avec pathologie alvéolaire ou alvéolo-interstitielle

• **Enfants et adultes :**
 Pathologie pulmonaire alvéolo-interstitielle
 Si autre(s) motif(s), préciser :
 Signes extra-pulmonaires : à préciser au verso

Etude familiale chez un apparenté de malade

Grossesse en cours : DDR : ou DDG :

ANALYSE(S) MOLÉCULAIRE(S) DEMANDÉE(S)

Analyse complète chez un cas index (Recherche de mutations germinales sur tout le ou les gène(s))

Petit panel RIHN 3270:
gènes ABCA3, NKX2.1 (TTF-1), SFTPB, SFTPC

Grand panel RIHN 5570:
gènes ABCA3, NKX2.1, COPA, CSF2RA, CSF2RB, FOXF1, MARS, RTEL1, SFTPA1, SFTPA2, SFTPB, SFTPC, SFTPD, TERC, TERT

Recherche ciblée (mutation à confirmer ou recherche chez un apparenté avec mutation familiale identifiée) RIHN720 / mutation
Gène : Mutation :

Cas index : Nom et Prénom :
Génotype :
Lien de parenté avec le cas index :

Si la mutation familiale n'a pas été identifiée dans notre laboratoire, merci de nous joindre une copie du résultat du cas index.

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
Pôle de Biologie-Pathologie, Laboratoire 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 :

ID du technicien :

Nature du prélèvement : Sang ADN
 Autres :

Nb de tubes : éch. surnuméraires ? Oui Non

Arbre généalogique

	femme
	homme
	atteint(e)
	atteint(e)
	décédé(e)
	décédé(e)
	cas index

Consanguinité
 OUI (préciser sur l'arbre)
 NON

Autres renseignements :

Area with horizontal lines for additional information.