

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 VARIANTES DE L'HEMOGLOBINE

<p>Sujet prélevé : <input type="checkbox"/> Atteint <input type="checkbox"/> Non atteint</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>Age de début :</p> <p><input type="checkbox"/> Etude moléculaire antérieure</p> <p><input type="checkbox"/> Etude phénotypique de l'Hb antérieure Résultat :</p> <p>ATCD familiaux ? <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON</p>	<p>Arbre généalogique - préciser les origines géographiques - <i>(la fréquence et la distribution des mutations varient selon les origines géographiques/ethniques)</i></p> <p>Circonstance du diagnostic :</p> <p>Consanguinité : <input type="checkbox"/> OUI (préciser sur l'arbre) <input type="checkbox"/> NON</p>
--	--

<p><input type="checkbox"/> Pathologies suspectées :</p> <p><input type="checkbox"/> Variants instables :</p> <p><input type="checkbox"/> Variant hyperaffine</p> <p><input type="checkbox"/> Anomalie de l'électrophorèse de l'hémoglobine</p> <p><input type="checkbox"/> Méthémoglobinémie</p> <p><input type="checkbox"/> Autres pathologies associées :</p> <p><input type="checkbox"/> Syndrome thalassémique :</p> <p><input type="checkbox"/> Pathologie de membrane :</p> <p><input type="checkbox"/> Pathologie enzymatique :</p> <p><input type="checkbox"/> Grossesse en cours : <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON</p> <p><input type="checkbox"/> DDR : <input type="checkbox"/> DDG :</p> <p>Nom du conjoint :</p>	<p>Bilan biologique : RESULTATS A JOINDRE IMPERATIVEMENT</p> <p><input type="checkbox"/> Etude de l'hémoglobine (en %) Technique utilisée :</p> <p><input type="checkbox"/> HbS <input type="checkbox"/> ECAP</p> <p><input type="checkbox"/> HbA <input type="checkbox"/> HPLC</p> <p><input type="checkbox"/> HbA2 : <input type="checkbox"/> Autre :</p> <p><input type="checkbox"/> Hb X (F, variant, ...) :</p> <p><input type="checkbox"/> NFS</p> <p><input type="checkbox"/> Valeur Hb : <input type="checkbox"/> CCMH :</p> <p><input type="checkbox"/> Nombre de globules rouges : <input type="checkbox"/> TCMH :</p> <p><input type="checkbox"/> Hématocrite : <input type="checkbox"/> VGM :</p> <p><input type="checkbox"/> Masse sanguine :</p> <p><input type="checkbox"/> Gaz du sang : <input type="checkbox"/> P50</p> <p>(prélèvement veineux) <input type="checkbox"/> Saturation O₂</p> <p><input type="checkbox"/> Méthémoglobinémie</p> <p><input type="checkbox"/> Dosage EPO :</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 NFS
- un bon de commande

ADRESSE DU LABORATOIRE

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