Hôpital européen Georges-Pompidou AP-HP

SERVICE D'IMMUNOLOGIE BIOLOGIQUE
Pr Eric TARTOUR
Tel : 01.56.09.39.41
e-mail : genetiqueducomplement.egp@aphp.fr

ASSISTANCE PUBLIQUE HÔPITAUX DE PARIS

EXPLORATION GENETIQUE DES PROTEINES DU COMPLEMENT

CHECK LIST AVANT ENVOI

- ☐ Consentement dûment signé par le/la patient(e) ET par le prescripteur
- ☐ Copie de tout document relatif à l'indication à la réalisation de l'analyse génétique (CRH, résultats PBR…)
- ☐ Mail envoyé à genetiqueducomplement.egp@aphp.fr
- ☐ Bon de commande

PATIENT	PRESCRIPTEUR
NOM :	Hôpital :
NOM DE NAISSANCE :	Service : ETIQUETTE SERVICE UN
Prénom :	Téléphone/Fax :
Date de naissance :	Médecin prescripteur sénior :
Sexe : ETIQUETTE PATIENT	N° RPPS (**obligatoire**) : |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|
	Mail et numéro de téléphone :
	N° FINESS Géographique : |__|__|__|__|__|__|__|__|__|
	N° FINESS Juridique : |__|__|__|__|__|__|__|__|__|

PRELEVEMENT SANGUIN : 2-3 vacutainers mauve (EDTA) à température ambiante

Date de prélèvement : \|__\|__\| / \|__\|__\| / \|__\|__\| Heure de prélèvement : \|__\|__\| h \|__\|__\| Préleveur : . . . . . .

☐ Le patient a exprimé son **opposition à la conservation et à l'utilisation** de ses échantillons à des fins non diagnostiques.

RENSEIGNEMENTS CLINIQUES

Merci de joindre tout document relatif à l'indication et arbre généalogique en fonction de la clinique et d'envoyer un mail à genetiqueducomplement.egp@aphp.fr

Les prescriptions peuvent être modifiées compte tenu des renseignements cliniques ou des antécédents du patient

Toute demande d'exploration génétique nécessite un dosage des protéines du complément au préalable dans notre laboratoire.

- ☐ PANEL NGS **Syndrome Hémolytique et Urémique (CFH, CFI, CD46, C3, CFB, DGKe, THBD)**
- ☐ PANEL NGS **Glomérulonéphrite à dépôts de C3 (CFH, CFI, CD46, C3, CFB, CFHR5)**
- ☐ PANEL **Angioedème bradykinique (C1INH, ANGPT1, PLG, KNG1, FXII)**
- ☐ PANEL **Récepteurs (CD55 (CHAPLE), CD59)**
- ☐ **EXPLORATION CIBLEE : indiquer le/les gène(s) cible(s) et cocher la case correspondante**

GENE CIBLE : _____

- ☐ Caractérisation moléculaire d'un déficit quantitatif identifié par dosage immunochimique
- ☐ Confirmation exome (**Joindre le CR de génétique**)
- ☐ Etude familiale (joindre arbre généalogique)

Nom, Prénom, DDN du cas index : _____