

Etiquette patient

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 DU GÈNE CFTR (GÈNE DE LA MUCOVISCIDOSE)

<p>Sujet prélevé : <input type="checkbox"/> Cas index <input type="checkbox"/> Apparenté symptomatique <input type="checkbox"/> Apparenté non symptomatique</p> <p>Famille/individus connus dans notre laboratoire : <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON si OUI Nom de l'individu : <input type="checkbox"/> ATCD familiaux ? <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON</p> <p>Si étude d'un cas index : Présentation Phénotypique (pour les pathologies de l'adulte, préciser en particulier l'existence de signes associés)</p> <p><input type="checkbox"/> atteinte respiratoire : <input type="checkbox"/> atteinte digestive : <input type="checkbox"/> atteinte ORL : <input type="checkbox"/> atteinte pancréatique : <input type="checkbox"/> infertilité : <input type="checkbox"/> test de la sueur (valeurs) : <input type="checkbox"/> différence de potentiel transépithélial (valeurs) : <input type="checkbox"/> examens complémentaires : Autres renseignements cliniques et arbre généalogique à inscrire au verso svp</p>	<p>Indication de la recherche</p> <p><input type="checkbox"/> Etude d'un cas index</p> <p><input type="checkbox"/> mucoviscidose <input type="checkbox"/> dilatation des bronches chez un adulte <input type="checkbox"/> polypose nasosinusienne <input type="checkbox"/> absence bilatérale des canaux déférents <input type="checkbox"/> pancréatite chronique <input type="checkbox"/> autre (préciser) :</p> <p><input type="checkbox"/> Suspicion de mucoviscidose chez un fœtus de B400 à RIHN4140</p> <p><input type="checkbox"/> Recherche d'hétérozygotie chez un conjoint de malade ou d'hétérozygote Nom du sujet atteint ou hétérozygote : RIHN4140</p> <p><input type="checkbox"/> Recherche d'hétérozygotie chez un apparenté de malade (mutation connue). Mutation à rechercher : RIHN570</p> <p><input type="checkbox"/> Grossesse en cours : DDR : ou DDG :</p> <p>Suspicion chez le fœtus : Joindre le(s) compte(s)-rendu(s) échographique(s) et les résultats du bilan complémentaire (préciser si en cours) : - caryotype (indiquer le laboratoire et le résultat) : - sérologies infectieuses (toxo, CMV, parvovirus B19) : - enzymes intestinales (interprétables si effectuées avant 20 SA) :</p>	<p>Analyse demandée</p> <p><input type="checkbox"/> 50 mut fréquentes B400 <input type="checkbox"/> mut rares CFTR RIHN4140</p> <p>Pour DDB et PNS, si 50 mutations fréq. CFTR négatives : <input type="checkbox"/> Bilan étendu : CFTR et ENaC (SCNN1A, SCNN1B, SCNN1G) RIHN4140</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

DMU Biologie-Pathologie, Laboratoire de Génétique
HU 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

Préciser les origines géographiques des 4 grands-parents

(la fréquence et la distribution des mutations varient selon les origines géographiques / ethniques)

Consanguinité

OUI (préciser sur l'arbre)

NON

Autres renseignements :

Area with horizontal lines for additional information.