

Identité du sujet prélevé (étiquette) Nom : Prénom : Nom de naissance : Date de naissance :/...../..... Sexe : <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Nom du médecin prescripteur : <u>écrire lisiblement</u> Téléphone : Signature (obligatoire) :	Hôpital : Service : Adresse : Ville : Date d'envoi :/...../.....	Préleveur : Tél : Date :/...../..... Heure :
---	---	--	--

Feuille de prescription
Etude génétique de la neurofibromatose de type 1 et du syndrome de Legius
(gènes *NF1*, *SPRED1*)

Sujet prélevé : <input type="checkbox"/> Atteint <input type="checkbox"/> Non atteint Histoire familiale : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non (si oui, joindre une copie de l'arbre généalogique) Consanguinité : <input type="checkbox"/> Oui (préciser sur l'arbre) <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Sans objet	Famille/cas index connu ? <input type="checkbox"/> Oui, dans notre laboratoire Nom et prénom du cas index : <input type="checkbox"/> Oui, dans un autre laboratoire (joindre une copie du résultat) <input type="checkbox"/> Non
--	--

Taches café au lait oui non
Préciser le nombre et la localisation :

Neurofibromes cutanés oui non
Neurofibromes sous-cutanés oui non
Préciser le nombre et la localisation :

Neurofibromes plexiformes oui non
Préciser le nombre et la localisation :

Lentigines oui non

Nodules de Lisch oui non non exploré

Gliome des voies optiques oui non non exploré

Anomalies osseuses oui non
Préciser la nature:

MPNST oui non

Difficultés d'apprentissage oui non

OBNI oui non non exploré

Dysmorphie faciale oui non

Histoire familiale :
Nombre de personnes atteintes, y compris le cas index 1 2 et +
Parenté au 1^{er} degré entre patients oui non
Age du patient au moment du diagnostic :

INFORMATIONS POUR LE PRESCRIPTEUR

MODALITES DE PRELEVEMENT ET D'EXPEDITION :

- Prélèvement : sur tubes E.D.T.A. 5 à 10 ml de sang pour un adulte, 2 à 3 ml de sang pour un enfant.

- Expédition : envoi par courrier rapide des tubes étiquetés et protégés dans une boîte rigide et hermétique à température ambiante.

NE PAS CONGELER LES TUBES

Laboratoire autorisé à exercer l'activité de soins « examen des caractéristiques génétiques d'une personne ou identification d'une personne par empreintes génétiques à des fins médicales » (Décision n°13-932 du Directeur Général de l'agence régionale de santé d'Ile-de-France)

DOCUMENTS A JOINDRE A TOUT PRELEVEMENT :

Cette feuille de prescription soigneusement remplie et signée par le prescripteur

L'attestation d'information et de recueil de consentement (ou la copie du consentement écrit)

Bon de commande (pour les hôpitaux hors APHP)