Laboratoire de GENETIQUE MOLECULAIRE – Dr Anne-Françoise ROUX
CHU - Institut Universitaire de Recherche Clinique
641 avenue du doyen Gaston Giraud – 34093 MONTPELLIER CEDEX 05
Tél : 04 11 75 98 79 Fax : 04 11 75 98 82

Identité du sujet prélevé (étiquette)	Nom du médecin :	Hôpital :.....	Nom du préleveur :
Nom :.....	.....	Service :	.....
Prénom :.....		Téléphone :.....	Date : ..../..../.....
Date de naissance :..../..../...	Signature :		Heure : .....
Sexe : o M o F		Date d'envoi : ..../..../.....	

ANALYSE des gènes impliqués dans les surdités

SURDITE DFNB1 ☐ **PANEL de gènes non syndromiques** ☐ **PANEL gènes Usher** ☐

Contact : Anne-Françoise ROUX Téléphone : 04 11 75 98 76

CARACTERISTIQUES DE LA SURDITE : Perception : ☐ Transmission : ☐

MERCI DE JOINDRE LES AUDIOGRAMMES

- **Age estimé de début** : congénitale: ☐ naissance à 10 ans : ☐ 11 à 30 ans : ☐
  31 à 50 ans : ☐ après 50 ans : ☐ incertain : ☐
- **Age du diagnostic de la perte auditive :**
- **Bilatérale :** ☐ **Asymétrique :** ☐ **Unilatérale :** ☐ **Evolutive :** ☐ **Stable :** ☐
- **Degré** : Légère : ☐ Moyenne : ☐ Sévère : ☐ Profonde : ☐
- **Otoscopie :** OUI ☐ NON ☐ Normale ☐ Anormale ☐
- **Scanner :** OUI ☐ NON ☐ Normal ☐ DAV ☐ Mondini ☐ Autre malformation ☐
- **Réhabilitation actuelle :**
  - Aucune ☐
  - Aide auditive conventionnelle unilatérale ☐
  - Aide auditive conventionnelle bilatérale ☐
  - Implant cochléaire unilatéral ☐
  - Implant cochléaire bilatéral ☐
  - Implant cochléaire + aide auditive controlatérale ☐

- **Age du port de la première aide auditive :** **Age de l'implantation :**
- **Mode de communication :**
  - Oral ☐
  - Langage des signes ☐
  - Les deux ☐
- **Education :**
  - Scolarité habituelle ☐
  - Intégration partielle ☐
  - Ecole spécialisée ☐
  - Niveau d'études :
- **Facteurs environnementaux :**
  - Bruit ☐
  - Méningite ☐
  - Médicaments ☐
  - Périnataux ☐
  - Autres ☐ Lesquels :
  - Aucun ☐

DONNEES FAMILIALES

- **Nombre de personnes atteintes dans la famille et type de transmission** :
- **Consanguinité :** OUI ☐ NON ☐
- **Origine ethno-géographique des parents :**

Arbre généalogique : OUI ☐ NON ☐

Nature du prélèvement :

o sang sur EDTA (≤10 ml)

o ADN :

- extrait le :……..
- technique :……
- concentration :……..

Joindre au prélèvement et à ce formulaire :	***Modalités de prélèvement :***
- un compte-rendu clinique détaillé et signé	*- sang sur EDTA (jusqu'à 10 ml pour les adultes et 5 ml pour les enfants)*
- l'attestation de consultation et éventuellement le consentement	*- tubes bien étiquetés, conservés à température ambiante*
- le bon de commande	***Modalités d'expédition :***
	- envoyer par courrier rapide
Date :	*- à température ambiante*
	- en début de semaine