

DEMANDE DE DIAGNOSTIC MOLECULAIRE POUR LA MALADIE DE RENDU-OSLER

Laboratoire de Génétique Moléculaire

Docteur Fabienne DUFERNEZ , Docteur Sylvie PATRI

CHU de Poitiers

BP 577

86021 POITIERS Cedex

Tél : 05 49 45 49 71

Fax : 05 49 45 49 72

Courriels : fabienne.dufernez@chu-poitiers.fr ou sylvie.patri@chu-poitiers.fr

Patient : Nom :
 Prénom :
 Nom de jeune fille :
 Date de naissance :

Nature du prélèvement : ☐ Sang : 1 tubes de 3.5ml, bouchon violet (EDTA)

☐ ADN

☐ Autre (préciser) :

S'agit-il du : 1^{er} prélèvement ☐

2^{ème} prélèvement ☐

S'agit-il d'une recherche :

☐ primaire (cas index)

☐ Ciblée (étude familiale) Dans ce cas, indiquer :

Identité du cas index :

Laboratoire où l'analyse a été réalisée :

Nom de la mutation :

du gène :

Prescripteur

Nom :

Hôpital : service :

Téléphone :

Préleveur

Nom :

Date :

Heure :

Renseignements cliniques :

- **Epistaxis** : Discrètes ☐ Spontanées répétées ☐ Anémiantes ☐
- **Télangiectasies** : Doigts ☐ Visage ☐ Lèvres ☐ Bouche ☐
 Au total : moins de 5 ☐ entre 5 et 30 ☐ plus de 30 ☐
- **Hérédité** : Nombre d'individus : Nombre de générations concernées :
 Arbre généalogique joint ☐
- **Manifestations viscérales** : Oui ☐ Non ☐ Non explorées ☐
 Si oui, préciser la ou les localisations :

Consentement éclairé du patient joint ☐

Signature du prescripteur