

Etiquette patient

Nom :
Nom usuel :
Prénom :
Né(e) le : Sexe :

Etiquette Service

CONTACT LABORATOIRE

Secrétariat :
Tél. : 01 49 81 48 65
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 : <u>écrire lisiblement</u>	Hôpital :	Identité du préleveur :
Téléphone :	Service :	Téléphone :
Signature :	Adresse :	Date de prélèvement :/...../.....
	Ville :	Heure de prélèvement :
		Date d'envoi :/...../.....

ETUDE MOLECULAIRE DES SYNDROMES β ET/OU α THALASSEMIES

Sujet prélevé : ☐ Cas index ☐ Apparenté symptomatique ☐ Apparenté non symptomatique Famille/individu connu ? ☐ OUI ☐ NON ☐ dans notre laboratoire Famille de référence : (nom de famille du cas index) ☐ dans un autre laboratoire (indiquer lequel) : Age de début : ATCD familiaux ? ☐ OUI ☐ NON	Arbre généalogique - préciser les origines géographiques - (la fréquence et la distribution des mutations varient selon les origines géographiques/ethniques) Circonstance du diagnostic : Consanguinité : ☐ OUI (préciser sur l'arbre) ☐ NON
☐ <u>Hémoglobinopathie suspectée</u> : ☐ α thalassémie ☐ β thalassémie ☐ <u>Autre Pathologie du globule rouge associée</u> : ☐ Déficit enzymatique : ☐ Anomalie de membrane : ☐ <u>Objet de l'étude</u> : ☐ Aide au diagnostic ☐ Caractérisation des mutations ☐ <u>Grossesse en cours</u> : ☐ Non ☐ Oui DDR : ☐ Pathologique ? ☐ Anémie fœtale : ☐ Hydrop fœtal : ☐ DDG : Nom du conjoint : (génotype du conjoint)	Bilan biologique : RESULTATS A JOINDRE IMPERATIVEMENT ☐ Etude de l'hémoglobine (en %) Technique utilisée : ☐ HbS ☐ ECAP ☐ HbA ☐ HPLC ☐ HbA2 : ☐ Autre : ☐ Hb X (F, variant, Hb Barts, HbH ...) : ☐ NFS ☐ Nombre de Globules Rouges : ☐ VGM : ☐ TCMH : ☐ Hb : ☐ Corps de Heinz ou autre anomalie (préciser) : ☐ Bilan martial ☐ Saturation Transferrine : ☐ Ferritinémie : ☐ Transferrine Sérique : ☐ Enzymopathie du globule rouge (préciser) : ☐ Pathologie de maladie de membrane du globule rouge ☐ Densité érythrocytaire ☐ Autres (préciser) :

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 clinico-biologique, les résultats NFS
- ☐ un bon de commande

ADRESSE DU LABORATOIRE

Pôle de Biologie-Pathologie, Laboratoire de Génétique
H.U. Henri Mondor, 51, av. du M^{al} de Lattre de Tassigny
F-94010 CRÉTIL 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