

Etiquette patient
ou

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

Etiquette Service

CONTACT LABORATOIRE
Secrétariat :
Tél. : 01 49 81 48 65
hmn-secretariat.genetique@aphp.fr

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 :/...../.....

ETUDE MOLECULAIRE DES MALADIES GENETIQUES DU GLOBULE ROUGE

Sujet prélevé : Cas index
 Apparenté symptomatique
 Apparenté non symptomatique

Famille/individu connu ? OUI NON
- dans notre laboratoire
nom de la famille de référence du cas index:

Tableau clinique / motif de la demande

Variant de l'Hémoglobine :
Drépanocytose ou syndrome drépanocytaire
 Homozygote / Hétérozygote composite Hétérozygote

Autre variant identifié ou suspecté
Met Hb : polyglobulie :
Hb instable : autre :

Hémolyse intravasculaire :
Chronique : Aigüe : Anomalie de membrane : ictère :

Syndrome thalassémique :
Marqué (Hb < à 10g / dL) trait thalassémique (Hb > à 10g :dl)

Objet de l'étude :
 Aide au diagnostic
 Protocole de greffe de moelle osseuse

Grossesse en cours : OUI DDR : DDG :
 NON

Conjoint : NOM : Génotype :

Bilan biologique :

RESULTATS A JOINDRE IMPERATIVEMENT

<input type="checkbox"/> Etude de l'hémoglobine (en %)	Technique utilisée :
<input type="checkbox"/> HbS	<input type="checkbox"/> ECAP
<input type="checkbox"/> HbA	<input type="checkbox"/> HPLC
<input type="checkbox"/> HbA2 :	<input type="checkbox"/> Autre :
<input type="checkbox"/> Hb X (F, variant, ...):	
<input type="checkbox"/> Hb H ou Hb Barts	
<input type="checkbox"/> NFS	
<input type="checkbox"/> VGM :	
<input type="checkbox"/> TCMH :	
<input type="checkbox"/> Hb :	
<input type="checkbox"/> Bilan martial	
<input type="checkbox"/> Saturation Transferrine :	
<input type="checkbox"/> Ferritinémie :	
<input type="checkbox"/> Transferrine Sérique :	
<input type="checkbox"/> Densité érythrocytaire	
<input type="checkbox"/> Protocole thérapeutique :	
<input type="checkbox"/> Transfusion	
<input type="checkbox"/> Hydroxyurée	
<input type="checkbox"/> Autres :	

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.* **(Une information sur un consentement élargi aux « maladies du globule rouge » facilite le rendu des résultats)**

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 de NFS
- un bon de commande

ADRESSE DU LABORATOIRE

DMU Biologie-Pathologie, Laboratoire de Génétique
HU Henri Mondor, 1 rue Gustave Eiffel, F-94010 CRÉTÉL CEDEX

**Cadre réservé au laboratoire
de Génétique**

N° de famille :

Etiquette dossier

Etiquette ADN