

Chef de Service : Pr Elisabeth TOURNIER-LASSERVE (elisabeth.tournier@aphp.fr)
Biologistes : Dr Florence Riant (florence.riant@aphp.fr)
Dr Manuèle MINE (manuele.mine@aphp.fr)
Dr Thibault COSTE (thibault.coste@aphp.fr)

IMP N°17

Secrétariat - Renseignements : ☎ 01.71.20.75.92 - www.cervco.fr

Réception des prélèvements : ☎ 01.71.20.75.96 - du lundi au vendredi de 8h30 à 17h30

DEMANDE DE DIAGNOSTIC MOLECULAIRE

PATIENT	
Nom :	Nature du prélèvement : Il s'agit du :
Prénom :	<input type="checkbox"/> sang <input type="checkbox"/> 1er prélèvement
Nom de jeune fille :	<input type="checkbox"/> ADN <input type="checkbox"/> 2ème prélèvement
Date de naissance :	<input type="checkbox"/> autre
Sexe : <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	

PRESCRIPTEUR (senior obligatoire)	PRELEVEUR
Dr (écrire lisiblement) :	Nom :
Service :	Service :
Adresse :	Date :
Téléphone :	

PATIENT INDEX	
<input type="checkbox"/> Leucoencéphalopathies Vasculaires de l'adulte (10 ml sur EDTA) NOTCH3, COL4A1, COL4A2, HTRA1, TREX, APP	<input type="checkbox"/> Cavernomatose familiale (10 ml sur EDTA + 1 tube PAXgene) KRIT1 (CCM1), MGC4607 (CCM2), PDCD10 (CCM3)
<input type="checkbox"/> Leucoencéphalopathies Vasculaires de l'enfant (10 ml sur EDTA) COL4A1, COL4A2, COLGALT1	<input type="checkbox"/> Migraine Hémiplégique Familiale (10 ml sur EDTA) CACNA1A, ATP1A2, SCN1A, PRRT2
<input type="checkbox"/> Angiopathie amyloïde cérébrale (10 ml sur EDTA) APP, TTR, CST3, GSN	<input type="checkbox"/> Ataxie Episodique (10 ml sur EDTA) CACNA1A, KCNA1, CACNB4, SLC1A3, FGF14, PRRT2, GLUT1, ATP1A3
<input type="checkbox"/> Panel Moyamoya (10 ml sur EDTA) BRCC3/MTCP1, GUCY1A3, GUCY1B3, CBL, SHOC2, RNF213, ACTA2, SAMHD1	<input type="checkbox"/> Mouvements anormaux paroxystiques (10 ml sur EDTA) PRRT2, PNKD, GLUT1, ATP1A3, ADCY5, SCN8A, GCH1, KCNMA1
<input type="checkbox"/> Leucoencéphalopathie avec kystes et calcifications <input type="checkbox"/> CTC1 (10 ml sur EDTA) <input type="checkbox"/> SNORD118 (10 ml sur EDTA)	<input type="checkbox"/> Autre - Préciser gène (10 ml sur EDTA)

APPARENTÉ	
Une mutation est déjà identifiée chez un ou plusieurs membres de la famille.	
Patient symptomatique <input type="checkbox"/>	Gène demandé :
Patient asymptomatique* <input type="checkbox"/>	Nom de famille de l'apparenté chez qui a été identifiée la mutation :
* : pour les patients asymptomatiques, une consultation de génétique préalable est indispensable.	

Joindre des informations cliniques et un arbre généalogique

Par sa signature, le médecin prescripteur atteste avoir informé la personne concernée selon les obligations légales en vigueur (Article R.1131-5 du 4 avril 2008 et Article L1131-1-2 du 8 décembre 2014) et atteste avoir reçu son consentement (joindre une copie du consentement).

Date : _____ Signature du médecin (senior obligatoire)

CADRE RESERVE AU SERVICE	Conforme <input type="checkbox"/> oui
Date d'arrivée :	<input type="checkbox"/> non