Service de Biochimie et Biologie moléculaire, CHRU de Tours, Bâtiment B2A, 1er étage, 37044 Tours cedex
Chef de Service: Pr C Andres
Téléphone secrétariat: 02 47 47 37 95; Fax: 02 47 47 86 13

CORRESPONDANT

Institution: ……

Service: ……

Adresse: ……

……

Téléphone: ……

Fax: ……

PRESCRIPTEUR

Médecin prescripteur: ……

Préleveur: ……

Date de prélèvement: ……

Heure de prélèvement: ……

Nombre tubes prélevés: ……

PATIENT

N° de séjour: ……

Nom: ……

Prénom: ……

Date de naissance: ……

Sexe (M ou F): ……

Nom de jeune fille: ……

Etiquette Patient

NOM DU PROTOCOLE (si il y a lieu):

INDICATION

Pathologie: ……

Diagnostic ☐

Présymptomatique ☐

Autres informations: ……

……

INFORMATIONS CLINIQUES

Forme: Familiale ☐ Sporadique ☐

Date de début: ……

Site de début: ……

……

……

DIAGNOSTIC MOLECULAIRE DEMANDE

Sclérose Latérale Amyotrophique (SLA)

Gène *C9ORF72* ☐

Gène *SOD1* ☐

Panel de gènes ciblés (NGS) ☐
Liste: guide des examens, CHRU de Tours (analyse: SLA)

Autres gènes: ……

Maladie d'Alzheimer et Démences

Gène *C9ORF72* ☐

Panel de gènes ciblés (NGS) ☐
ciblés sur les formes familiales SLA/DFT

Autre pathologie: ……
(contacter le Service avant la prescription)

Gène: ……

ARBRE GENEALOGIQUE (flècher le sujet prélevé)

merci d'utiliser le verso si besoin