

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 : ☎ 01.49.95.86.23 - www.cervco.fr

Réception des prélèvements : ☎ 01.49.95.86.16 - 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 | <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, GLUT1, ATP1A3, ADCY5, SCN8A |
| <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 (sénior obligatoire)

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