

Biologistes : Dr Thibault COSTE (thibault.coste@aphp.fr)  
Dr Chloé TALARMIN (chloejosephine.talarmin@aphp.fr)  
Pr Elisabeth TOURNIER-LASSERVE (elisabeth.tournier@aphp.fr)

IMP N°17

Secrétariat - Renseignements : ☎ 01.71.20.75.92 - [www.cervco.fr](http://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"/> <b>Leucoencéphalopathies Vasculaires de l'adulte (10 ml sur EDTA)</b> NOTCH3, COL4A1, COL4A2, HTRA1, TREX, APP, CTSA, LAMB1, NIT1	<input type="checkbox"/> <b>Panel Moyamoya (10 ml sur EDTA)</b> BRCC3 / MTCP1, GUCY1A3, GUCY1B3, RNF213, DIAPH1, CBL, SHOC2, ACTA2, SAMHD1, NOS3, ANO1
<input type="checkbox"/> <b>Leucoencéphalopathies Vasculaires de l'enfant (10 ml sur EDTA)</b> COL4A1, COL4A2, COLGALT, USP18	<input type="checkbox"/> <b>Autre - Préciser gène (10 ml sur EDTA)</b>
<input type="checkbox"/> <b>Angiopathie amyloïde cérébrale (10 ml sur EDTA)</b> APP, TTR, CST3, GSN	
<input type="checkbox"/> <b>Leucoencéphalopathie avec kystes et calcifications</b> <input type="checkbox"/> CTC1, STN1, POT1 (10 ml sur EDTA) <input type="checkbox"/> SNORD118 (10 ml sur EDTA)	

APPARENTÉ	
Une mutation est déjà identifiée chez un ou plusieurs membres de la famille.	
Patient symptomatique <input type="checkbox"/>	<b>Gène demandé :</b>
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