

## DEMANDE D'ANALYSE DE GÉNÉTIQUE MOLÉCULAIRE

### IDENTIFICATION DU PATIENT

Nom ..... Prénom..... Sexe :  F  M

Nom de naissance.....Date de naissance .....

Lieu de naissance .....

Adresse.....

**Joindre une copie de l'attestation de la sécurité sociale. Dans le cas contraire indiquer :**

Nom de l'assuré .....N° de sécurité sociale .....

Caisse d'assurance maladie.....

**Facturation** (si concerné) :  au laboratoire  à l'hôpital

### NATURE DU PRÉLÈVEMENT

1 <sup>er</sup> prélèvement :	Prélèvement de confirmation
<input type="checkbox"/> 2 tubes EDTA	<input type="checkbox"/> 2 tubes EDTA
<input type="checkbox"/> Autre (précisez).....	<input type="checkbox"/> FTA
Date et heure du prélèvement.....	<input type="checkbox"/> Autre (précisez).....
Nom du préleveur.....	Date et heure du prélèvement.....
	Nom du préleveur.....

### CARACTÈRE D'URGENCE

Grossesse en cours :  Oui  Non Date des dernières règles.....

Autre motif d'urgence .....

### RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES

**Famille déjà étudiée :**  Oui  Non

Si oui, identité du cas index (Nom, prénom et date de naissance) : .....

Dans quel laboratoire ? : .....

Nomenclature de la mutation déjà identifiée (Si possible, joindre une copie du résultat du laboratoire) : .....

**Renseignements complémentaires et/ou arbre généalogique :**

**IMPORTANT** : un arbre généalogique est fortement souhaité pour nous aider dans l'analyse génétique.

**ANALYSES DEMANDÉES**

Pour le patient : Nom : ..... Prénom : .....

**Diagnostic des maladies rares**

- Mucoviscidose (*CFTR*)
- Agénésie bilatérale des canaux déférents (*CFTR*)
- Myopathie de Duchenne (*DMD*)
- Myopathie de Becker (*DMB*)
- Dystrophie myotonique de Steinert (*DM1*)
- Syndrome de l'X fragile : FRAXA (*FMR1*)
- Insuffisance ovarienne prématurée (*FMR1*)
- Fragile X Tremor Ataxia Syndrome : FXTAS (*FMR1*)
- Hémophilie A (*F8*)
- Hémophilie B (*F9*)
- Syndrome d'Angelman
- Syndrome de Prader-Willi
- UDP du chromosome 15
- Syndrome de Kennedy (*AR*)
- Microdélétion du chromosome Y (*AZF*)
- Acrodermatite entéropathique (*SLC39A4*)
- Syndrome de Upschaw Schulmann (*ADAMTS13*)
- Dyschondrostéose de Leri Weil (*SHOX*)
- Maladie de Willebrand (*VWF*)
- Nystagmus congénital idiopathique (*FRMD7*)
- Erythrocytoses héréditaires
- Poïkilodermie sclérosante héréditaire avec atteintes pulmonaires et tendineuse (*FAM111B*)

**Oncogénétique**

- Recherche de prédisposition au cancer du sein et de l'ovaire (*BRCA1-BRCA2-PALB2*)
- Recherche de prédisposition au syndrome de Lynch (*MLH1-MSH2-MSH6-PMS2-EPCAM*)

**Pharmacogénétique**

- Génotypage du gène de la TPMT préalable à un traitement par des thiopurines (*TPMT*)

**Cardiogénétique**

- Syndrome du QT long
- Syndrome du QT court
- Syndrome de Brugada
- Fibrillation ventriculaire idiopathique
- Troubles de conduction cardiaque
- Tachycardies ventriculaires catécholergiques
- Dysplasies arythmogènes du ventricule droit
- Mort subite de l'adulte et du nourrisson

 Autre demande : .....**CONFORMITÉ LÉGALE**

Les contraintes légales obligent les laboratoires de génétique moléculaire à s'assurer de l'obtention du **consentement du patient pour l'analyse**. Une **attestation de consultation du médecin prescripteur\* ou une copie du consentement** du patient dûment remplie doit donc **accompagner toute demande d'analyse**.

\* :En cas de prescription par un interne, merci de préciser le nom d'un référent.

**ATTESTATION DE CONSULTATION**

Je soussigné(e) Docteur ..... certifie avoir reçu en consultation ce jour Monsieur/Madame/l'enfant ..... et avoir apporté les informations sur les caractéristiques de la maladie recherchée, les moyens de la diagnostiquer, les possibilités de prévention et de traitement, le stockage de son prélèvement, et avoir recueilli le consentement du (ou de la) patient(e) ou de sa tutelle dans les conditions prévues par le code de la santé publique (articles R1131-4 et 5)

Fait à ..... Le.....

Signature et cachet du médecin :

**PRESCRIPTEUR****Nom et adresse du prescripteur (ou cachet) :**

En cas de prescription par un interne, merci de préciser le nom d'un référent.

Date de la prescription :

Signature :

