

*Etiquette patient*  
ou

Nom :  
Nom usuel :  
Prénom :  
Né(e) le : Sexe :

Etiquette Service

CONTACT LABORATOIRE  
Secrétariat :  
Tél. : 01 49 81 28 73  
hmn-secretariat.genetique@aphp.fr

**La prescription doit être réalisée par un médecin senior en mesure de suivre le patient et de lui rendre les résultats de l'analyse génétique**

<b>Médecin prescripteur :</b> <i>Nom et Prénom :</i> ..... <b>RPPS :</b> ..... Téléphone : .....	Hôpital : ..... Service : ..... Adresse : ..... Téléphone : .....	Identité du préleveur : ..... Téléphone : ..... Date de prélèvement : ...../...../..... Heure de prélèvement : ..... Date d'envoi : ...../...../.....
--	--	---

**ÉTUDE DU GÈNE TTR  
(GÈNE DE L'AMYLOSE À TRANSTHYRÉTINE)**

<b>Sujet prélevé :</b> <input type="checkbox"/> Cas index <input type="checkbox"/> Apparenté symptomatique <input type="checkbox"/> Apparenté non symptomatique Prélèvement : <input type="checkbox"/> 1 <sup>er</sup> <input type="checkbox"/> 2 <sup>ème</sup> <b>Famille/individus connus dans notre laboratoire :</b> <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON si OUI Nom de l'individu :  <b>ATCD familiaux ?</b> <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON <i>Prévenir le laboratoire en cas de dissociation entre sexe biologique et état civil, greffe de moelle osseuse, identité de genre, etc...</i>	<b>Arbre généalogique</b> 
--	--

<b>Indication de la recherche</b> <input type="checkbox"/> <b>Étude d'un cas index pour confirmation d'implication du gène TTR R1H3270</b> <input type="checkbox"/> Amylose à transthyrétine certaine <input type="checkbox"/> Amylose certaine (TTR non documentée) <input type="checkbox"/> Suspicion d'amylose <input type="checkbox"/> Suspicion d'amylose sénile <input type="checkbox"/> Autre (préciser) :  <input type="checkbox"/> <b>Étude pour diagnostic présymptomatique* d'un apparenté de malade R1H570</b> Mutation à rechercher : ..... Nom du sujet atteint : ..... * L'analyse ne peut être effectuée que si la personne est prise en charge dans le cadre d'une consultation pluridisciplinaire et déclarée	<b>Présentation Phénotypique</b> (joindre un compte-rendu clinique) Âge de début : <input type="checkbox"/> Atteinte neurologique (préciser) : <input type="checkbox"/> Atteinte cardiologique (préciser) : <input type="checkbox"/> Atteinte rénale (préciser) : <input type="checkbox"/> Atteinte oculaire (préciser) : <input type="checkbox"/> Autre atteinte (préciser) :
--	--

**INFORMATIONS POUR LE PRESCRIPTEUR :** <https://chu-mondor.manuelprelevement.fr/>

**MODALITÉS DE PRÉLÈVEMENT ET D'EXPÉDITION**

Echantillon  sang EDTA (violet), 2 tubes de 2mL (enfant) à 5mL (adulte)  
 ADN extrait : rapport A<sub>260</sub>/A<sub>280</sub> : 1,5-2 ; quantité > 10µg  
 Envoi par transport rapide et spécifique selon la réglementation ADR à température ambiante. NE PAS CONGELER

**DOCUMENTS À JOINDRE À TOUT PRÉLÈVEMENT**

- le **consentement** pour personne majeure ou mineure
- la feuille de demande remplie et signée par le prescripteur
- un compte-rendu paraclinique et/ou clinique si pertinent
- un bon de commande

**ADRESSE DU LABORATOIRE**

DMU Biologie-Pathologie, Laboratoire de Génétique  
 HU Henri Mondor, 1 rue Gustave Eiffel  
 F-94010 CRÉTEIL CEDEX

