

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

Médecin prescripteur : <i>Nom et Prénom :</i> RPPS : 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)**

Sujet prélevé : <input type="checkbox"/> Cas index <input type="checkbox"/> Apparenté symptomatique <input type="checkbox"/> Apparenté non symptomatique Prélèvement : <input type="checkbox"/> 1 ^{er} <input type="checkbox"/> 2 ^{ème} Famille/individus connus dans notre laboratoire : <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON si OUI Nom de l'individu : ATCD familiaux ? <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>	Arbre généalogique <p>○ femme □ homme ● atteint(e) ■ atteint(e) ◌/◌ décédé(e) ↖ cas index</p>
--	---

Indication de la recherche <input type="checkbox"/> Étude d'un cas index pour confirmation d'implication du gène TTR R1H3270 <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"/> Étude pour diagnostic présymptomatique* d'un apparenté de malade R1H570 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	Présentation Phénotypique (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 A₂₆₀/A₂₈₀ : 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

