AP-HP. Sorbonne Université

Département de Génétique Médicale
UF d'Onco-Angiogénétique et Génomique des Tumeurs Solides
Hôpital PITIE-SALPETRIERE - Bâtiment Pharmacie - Rue de l'Infirmerie Générale - 5e étage
47-83 Boulevard de l'Hôpital 75651 PARIS Cedex 13

Cadre réservé au laboratoire

Etiquette SGL

Praticien responsable :
Dr. Florence COULET
florence.coulet@aphp.fr

Biologiste :
Dr.Sc. Mélanie EYRIES melanie.eyries@aphp.fr

Secrétariat :
nathalie.charache@aphp.fr
Tél : 01 42 17 76 64
Fax : 01 42 17 76 18

DEMANDE DE DIAGNOSTIC MOLÉCULAIRE EN ANGIOGÉNÉTIQUE

SERVICE DEMANDEUR
(UH si APHP
remplir ou coller Etiquette)
Etablissement : .....
Service : .....
Adresse : .....

PRESCRIPTEUR (sénior obligatoire)
Nom : .....
Prénom : .....
Identifiant RPPS ou APH :.....
Téléphone/Email : .....

A JOINDRE AVEC LE PRELEVEMENT :
Bon de commande (pour les hôpitaux hors APHP), Feuille de prescription, Feuille d'information clinique personnelle et familiale (arbre généalogique) et consentement adapté (disponibles sur le site http://www.cgmc-psl.fr/)

PATIENT (remplir ou coller étiquette) Sexe : M ❐ F ❐
Nom : .....
Prénom : .....
Nom de jeune fille : .....
Date de naissance : .....

FAMILLE :
❐ Nouvelle (joindre l'arbre)
❐ Connue du laboratoire
Code famille du laboratoire : .....
A défaut Nom du cas index :.....

ATTESTATION D'INFORMATION ET DE RECUEIL DE CONSENTEMENT :
Je soussigné, Dr. ..... , certifie que, conformément au Code Civil (Art. 16-10) et au Code de la Santé Publique (Art. R1131-5, ou, pour le diagnostic prénatal, R2131-2), je suis en possession du consentement éclairé signé par le sujet dans le cadre de l'examen des caractéristiques génétiques à des fins médicales.
Date : ..... Signature du prescripteur :

PRELEVEUR
Nom et prénom :.....
Fonction : .....
Date :.....
Heure : .....

PRELEVEMENT (Acheminement à T° ambiante)
Sang : 2 tubes de 3.5 ml bouchon violet (EDTA) ❐ **Salive :** carte FTA ❐ Oragene ❐
ADN ❐ **Villosités Choriales** ❐ **Liquide amniotique** ❐ **Tissu congelé** ❐
Autre (préciser) : .....
ARN sur demande du laboratoire uniquement : 2 tubes PAXgene-ARN ❐

EXAMEN DEMANDE

1/ ANGIOGENETIQUE CONSTITUTIONNELLE ❑

✓ **CAS INDEX: Analyse en panel de gènes selon le contexte clinique** (joindre la feuille de renseignement clinique correspondante)

❑ **HTAP/MVOP/Dysplasie alvéolo-capillaire** (RIHN N351)
❑ **Maladie de Rendu-Osler** (RIHN N350)
❑ **Malformations Vasculaires (CM-AVM, CM-VM, Syndrome de Bean, MGV, Syndrome de Cowden)** (RIHN N350)
❑ **Lymphoedemes** (RIHN N350)

Toutes les analyses incluent les mutations ponctuelles et les CNV. Accès aux listes complètes de gènes sur le site : *http://www.cgmc-psl.fr/*

✓ **RECHERCHE CIBLEE** (RIHN N353) (Compléter soigneusement les informations concernant l'identification de la famille)

Prélèvement initial: **APPARENTE SYMPTOMATIQUE** ❑ **ASYMPTOMATIQUE** ❑
Diagnostic de confirmation: APPARENTE ❑ **CAS INDEX** ❑

Variant à rechercher: ..... sur le gène : .....
Si le variant pathogène a été identifié dans un autre laboratoire, il est **OBLIGATOIRE** de joindre une copie du résultat du cas index

2/ ANGIOGENETIQUE SOMATIQUE ❑ (RIHN N351)

Contexte clinique : ..... Localisation du prélèvement:.....

Cadre réservé au laboratoire
Laboratoire autorisé à exercer l'activité de soins « examen des caractéristiques génétiques d'une personne ou identification d'une personne par empreintes génétiques à des fins médicales » (Décision n°13-925 du Directeur Général de l'agence régionale de santé d'Ile-de-France)