GROUPE HOSPITALIER PITIE-SALPETRIERE
Laboratoire d'oncogénétique et d'angiogénétique moléculaire

Bâtiment La Peyronie 6
Secteur Pitié
47/83, boulevard de l'Hôpital
75651 PARIS cedex 13

Praticien responsable : Pr Florent Soubrier *courriel : florent.soubrier@psl.aphp.fr* Secrétariat : tél 01 42 17 **76 64**
Oncogénéticien : Dr Chrystelle Colas *courriel : chrystelle.colas@psl.aphp.fr* fax 01 42 17 **76 18**
Biologistes : Dr. Florence Coulet *courriel : florence.coulet@psl.aphp.fr*
Dr. Mélanie Eyries *courriel : melanie.eyries@psl.aphp.fr* Laboratoire : tél 01 42 17 **75 99**

FICHE DE RENSEIGNEMENTS CLINIQUES POUR L'ANALYSE DU GENE PTEN CHEZ LES CAS INDEX

PATIENT (remplir ou coller l'étiquette GILDA)	**PRESCRIPTEUR**
Nom :	**Nom :**
Prénom :	**Hôpital :** **Service :**
Nom de jeune fille :	**Téléphone :**
Date de naissance :	**ou tampon :**
Lieu et pays de naissance :	
Sexe : M ❑ F ❑	

ANTECEDENTS PERSONNELS

Critères pathognomoniques

MALADIE DE LHERMITTE- DUCLOS oui ❑ non ❑

ATTEINTE DERMATOLOGIQUE EVOCATRICE oui ❑ non ❑ Si oui précisez :……
trichilemmomes / papules faciales / papillomatose orale / kératose acrale

Critères majeurs

MACROCEPHALIE : oui ❑ non ❑ Si oui précisez le PC : …….
Aucune analyse ne sera faite en l'absence d'information sur le périmètre crânien
(pour mémoire : limite supérieures à 2DS chez l'adulte = 58cm)

RETARD PSYCHOMOTEUR : oui ❑ non ❑ Si oui précisez : ……

CANCER DU SEIN ou de l'ENDOMETRE : oui ❑ non ❑ Si oui précisez : ……

CANCER de la THYROIDE : oui ❑ non ❑

POLYPOSE (hamartomateuse ou juvénile) : oui ❑ non ❑ Si oui précisez : ……

Critères mineurs

ATTEINTE MAMMAIRE BENIGNE : oui ❑ non ❑ Si oui précisez : …….

ATTEINTE THYROIDIENNE BENIGNE : oui ❑ non ❑ Si oui précisez : ……...

AUTRE ATTEINTE DIGESTIVE : oui ❑ non ❑ Si oui précisez : ……

AUTRES SIGNES (lipomes, fibromes, autre cancer) : oui ❑ non ❑ Si oui précisez : ……

ANTECEDENTS FAMILIAUX

Aucun ❑ ou oui ❑ et joindre un arbre généalogique

L'indication d'analyse sera retenue de principe devant :

En l'absence de contexte familial	**Dans un contexte familial**
1 critère pathognomonique	**1 critère pathognomonique**
2 critères majeurs dont au moins la macrocéphalie	**1 critère majeur**
1 critère majeur et 3 critères mineurs	**2 critères mineurs**
4 critères mineurs	

Les autres indications doivent être discutées directement avec le laboratoire

CADRE RESERVE AU LABORATOIRE DE DIAGNOSTIC MOLECULAIRE

DATE D'ARRIVEE AU LABORATOIRE DE LA FICHE :
VALIDATION DE L'INDICATION : Oui ❑ Non ❑ Demande d'informations complémentaires ❑
NOM DU BIOLOGISTE :