



Praticien responsable : Pr Florent Soubrier
 Oncogénéticien : Dr Chrystelle Colas
 Biologistes : Dr. Florence Coulet
 Dr. Mélanie Eyries

courriel : florent.soubrier@psl.aphp.fr
courriel : chrystelle.colas@psl.aphp.fr
courriel : florence.coulet@psl.aphp.fr
courriel : melanie.eyries@psl.aphp.fr

Secrétariat : tél 01 42 17 76 64
 fax 01 42 17 76 18

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 <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	

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

- 1 critère pathognomonique
- 2 critères majeurs dont au moins la macrocéphalie
- 1 critère majeur et 3 critères mineurs
- 4 critères mineurs

Dans un contexte familial

- 1 critère pathognomonique
- 1 critère majeur
- 2 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 :