



**Chef de Service :** Pr. Dominique ROUSSELOT

Praticien responsable de l'Unité Fonctionnelle : Dr. Pascale Richard

Biologiste en charge du secteur Rythmologie : Dr. Véronique Fressart email : [vero.fressart@aphp.fr](mailto:vero.fressart@aphp.fr)

Secrétariat : Mme Christelle Herrero : Tel (33) 1 42 17 76 47 / Fax (33) 1 42 17 76 18

**Réception des échantillons: du lundi au jeudi, de 9h à 17h ; le vendredi, de 9h à 12h**

**DEMANDE DE DIAGNOSTIC MOLECULAIRE DE PATHOLOGIE RYTHMOLOGIQUE**

Syndrome de QTL, QT court, Syndrome de Brugada, Dysplasie arythmogène du ventricule droit, trouble de conduction, Fibrillation, Flutter atriale

Etiquette ID du Patient	Etiquette ID du prescripteur	Etiquette UH du service (pour les hôpitaux de l'APHP <b>obligatoire pour les prescripteurs APHP</b> )	Emplacement réservé au laboratoire
-------------------------	------------------------------	---	------------------------------------

<p><b>PRESCRIPTEUR (SENIOR)</b></p> <p>Nom et prénom : .....</p> <p>Service : .....</p> <p>Institution : .....</p> <p>Adresse : .....</p> <p>Téléphone : .....</p> <p>Fax : .....</p> <p>courriel : .....</p>	<p><b>PRELEVEUR</b></p> <p>Nom et prénom :</p> <p>Service :</p> <p>Date :</p> <p>Heure :</p> <p><u>Signature du prescripteur :</u></p>
---	--

<p>PATIENT Sexe : ..... M <input type="checkbox"/> ..... F <input type="checkbox"/></p> <p>Nom : .....</p> <p>Prénom : .....</p> <p>Nom de jeune fille : .....</p> <p>Date de naissance : .....</p> <p>Lieu et pays de naissance : .....</p> <p>Origine Ethnique : .....</p> <p>Nature du prélèvement : <input type="checkbox"/>Sang <input type="checkbox"/>ADN <input type="checkbox"/>Autre (préciser) :</p> <p>S'agit-il du : 1<sup>er</sup> prélèvement <input type="checkbox"/> 2<sup>ème</sup> prélèvement <input type="checkbox"/></p>	<p><b>Un apparenté a-t-il déjà été prélevé dans le but de réaliser une étude moléculaire liée au diagnostic évoqué chez le patient ?</b> non <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/></p> <p>Si oui, indiquer ci-dessous:</p> <p>Les nom et prénom de l'apparenté :</p> <p>Le laboratoire où le prélèvement a été envoyé :</p> <p>Consanguinité des parents : non <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/></p> <p>Mode de transmission : Familial <input type="checkbox"/> sporadique <input type="checkbox"/></p>
--	--

<p><u>Orientation diagnostique</u></p> <p><input type="checkbox"/>Syndrome du QT long congénital</p> <p><input type="checkbox"/>Syndrome de QT court</p> <p><input type="checkbox"/>Syndrome de Brugada</p> <p><input type="checkbox"/>Arythmie ventriculaire droite DVDA</p> <p><input type="checkbox"/>Troubles de conduction</p> <p><input type="checkbox"/>Autre :</p>	<p>Diagnostic pré symptomatique <input type="checkbox"/></p> <hr/> <p>Phénotype Indemne <input type="checkbox"/></p> <p>Phénotype Douteux <input type="checkbox"/></p> <p>Phénotype Atteint <input type="checkbox"/></p>
--	--

**DOCUMENTS A JOINDRE IMPERATIVEMENT AVEC LA DEMANDE**

- \* Un compte rendu d'hospitalisation ou de consultation
- \* Un bon de commande
- \* **Un arbre généalogique**
- \* Une photocopie du consentement écrit et signé du patient ou attestation à remplir par le médecin prescripteur (en bas de la page)

