**Département de Génétique Médicale**
**UF d'Onco-angiogénétique et Génomique des tumeurs solides**
Hôpital Pitié-Salpêtrière - 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*

**Biologistes**
Dr.Sc Martine Muleris *martine.muleris@inserm.fr*
Pr. Alex Duval *alex.duval@aphp.fr*

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

# TEST FONCTIONNEL D'AIDE AU DIAGNOSTIC DU SYNDROME DE LYNCH
# (Test de tolérance à la Méthylation)

| SERVICE DEMANDEUR | PRESCRIPTEUR (sénior obligatoire) | A JOINDRE AVEC LE PRELEVEMENT : |
|---|---|---|
| (UH si APHP<br>remplir ou coller étiquette)<br>Etablissement : ……<br>Service : ……<br>Adresse : …… | Nom : ……<br>Prénom : ……<br>Identifiant RPPS ou APH : ……<br>Téléphone/Email : …… | *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 :

## EXAMEN DEMANDE

**Analyse fonctionnelle des variants sur les gènes de réparation des mésappariements de l'ADN (Test de tolérance à la méthylation) contexte syndrome de Lynch**

*(cotation RIHN N314)*

❑ gène *MLH1 (NM_000249.3)*

❑ gène *MSH2 (NM_000251.2)*

Nomenclature du variant à tester:

……

## NATURE DU PRELEVEMENT

❒ **Sang** 1 tube de 7 ml, bouchon violet (EDTA)

❒ **ADN lymphocytaire**

❒ **ADN plasmidique (mutagénèse intégrée)**

**Modalités d'acheminement:**

*Température ambiante*

*Réception des prélèvements : du lundi au vendredi de 9h à 17h*

*Cadre réservé au laboratoire : Traçabilité du prélèvement (date d'arrivée, conformité)*

*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)*

*Praticiens agréés par l'Agence de la biomédecine- Accréditation du laboratoire n°8-3253*