



Praticien responsable
 Dr. Florence Coulet
 florence.coulet@aphp.fr

Biologistes
 Dr.Sc Melanie Eyries melanie.eyries@aphp.fr
 Dr. Erell Guillerm erell.guillerm@aphp.fr
 Dr. Noemie Basset noemie.basset@aphp.fr

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

DEMANDE DE DIAGNOSTIC MOLÉCULAIRE EN ANGIOGÉNÉTIQUE

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

<p>PATIENT (remplir ou coller étiquette) Sexe : M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> Nom : Prénom : Nom de jeune fille : Date de naissance :</p>	<p>FAMILLE : <input type="checkbox"/> Nouvelle (joindre l'arbre) <input type="checkbox"/> Connue du laboratoire Code famille du laboratoire : A défaut Nom du cas index :</p>
--	--

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 :

<p>PRELEVEUR Nom et prénom : Fonction : Date : Heure :</p>	<p>PRELEVEMENT (Acheminement à T° ambiante) Sang : 2 tubes de 3.5 ml bouchon violet (EDTA) <input type="checkbox"/> Salive : carte FTA <input type="checkbox"/> Oragene <input type="checkbox"/> ADN <input type="checkbox"/> Villosités Choriales <input type="checkbox"/> Liquide amniotique <input type="checkbox"/> Autre (préciser) : ARN sur demande du laboratoire uniquement : 2 tubes PAXgene-ARN <input type="checkbox"/></p>
---	---

EXAMEN DEMANDE: 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, MG, Syndrome de Cowden) (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: Prélèvement initial: APPARENTE SYMPTOMATIQUE ASYMPTOMATIQUE
Diagnostic de confirmation: APPARENTE CAS INDEX

Variant à rechercher : sur le gène :

Compléter soigneusement les informations concernant l'identification de la famille
*Si le variant pathogène a été identifié dans un autre laboratoire, il est **OBLIGATOIRE** de joindre une copie du résultat du cas index*