AP-HP. Sorbonne Université

Département de Génétique Médicale
UF d'Onco-Angiogénétique et Génomique des Tumeurs Solides
Hôpital PITIE-SALPETRIERE - 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. Noémie BASSET noemie.basset@aphp.fr
Dr.Sc. Mélanie EYRIES melanie.eyries@aphp.fr
Dr. Erell GUILLERM erell.guillerm@aphp.fr

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

DEMANDE DE DIAGNOSTIC MOLÉCULAIRE EN ONCOGÉNÉTIQUE CONSTITUTIONNELLE

SERVICE DEMANDEUR

(UH si APHP
remplir ou coller étiquette)

Etablissement : .....
Service : .....
Adresse : .....

PRESCRIPTEUR (sénior obligatoire)

Nom : .....
Prénom : .....
Identifiant RPPS ou APH : .....
Téléphone / Email : .....

A JOINDRE AVEC LE PRELEVEMENT :

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 :

PRELEVEUR

Nom et prénom : .....
Fonction :.....
Date : .....
Heure : .....

PRELEVEMENT (acheminement à température ambiante)

Sang : 2 tubes de 3.5 ml bouchon violet (EDTA) ❒ **Salive :** carte FTA ❒ Oragene ❒

ADN ❒ **Villosités Choriales** ❒ **Liquide amniotique** ❒

Autre (préciser) :.....

ARN sur demande du laboratoire uniquement : PAXgene-ARN ❒

EXAMEN DEMANDE:

ONCOGENETIQUE CONSTITUTIONNELLE: ANALYSE MOLECULAIRE DU GENE *RET*

CAS INDEX:

Renseignements cliniques:

❑ CMT isolé (cas sporadique) ❑ CMT familial (joindre l'arbre généalogique)
❑ NEM2A ❑ NEM2B

Concentration de Thyrocalcitonine: .....

Test à la pentagastrine: ❑ NON ❑ OUI, résultat: .....

Renseignements complémentaires: .....
.....

Renseignements anatomo-pathologiques: .....
.....

RECHERCHE CIBLEE: **Prélèvement initial d'un APPARENTE** (information famille indispensable) : **SYMPTOMATIQUE** ❑ **ASYMPTOMATIQUE** ❑

Diagnostic de confirmation: CAS INDEX ❑ **APPARENTE** ❑

Variant à rechercher: ..... sur le gène *RET*

*Si le variant pathogène a été identifié dans un autre laboratoire, il est **OBLIGATOIRE** de joindre une copie du résultat du cas index*

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