



**FICHE DE RENSEIGNEMENTS CLINIQUES POUR LA RECHERCHE DE MUTATIONS DU PANEL  
LYMPHŒDÈME PRIMAIRE**

**IDENTIFIANTS DU PATIENT ET DU CENTRE**

Nom :

Prénom :

Date de naissance : / /

Centre expéditeur (service, ville, adresse) :

**Coordonnées email ou téléphoniques d'un médecin contact :**

**RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX**

Données sur le lymphœdème :

Lymphœdème congénital (première année de vie) : oui  non

Lymphœdème unilatéral  Lymphœdème bilatéral

Lymphœdème atteignant le(s) membre(s) inférieur(s)

Lymphœdème atteignant le(s) membre(s) supérieur(s)

Lymphœdème atteignant le visage

Effusion lymphatique viscérale (pleurale, péricardique, digestive) : oui  non  donnée non connue

Lymphœdème chez un autre membre de la famille : oui  non  donnée non connue

Autres signes associés :

Immunosuppression  Distichiasis  Troubles du neuro-développement

Autres  (Préciser : \_\_\_\_\_)

**EXPLORATIONS MOLÉCULAIRES DEMANDÉES**

FLT4  FOXC2  VEGFC

GJC2  GATA2  KIF11

Panel entier

**PROCEDURE D'ENVOI**

- Prélever un tube EDTA de 7 mL
- Envoi à température ambiante dans les 24h
- Joindre à la demande le **consentement** pour la réalisation d'examens de génétique signé ainsi que la **fiche de renseignements cliniques** remplie
- En cas d'envoi de plusieurs prélèvements familiaux, une fiche par patient, en précisant la filiation (arbre généalogique si possible)
- A adresser au Laboratoire de Biochimie et Biologie moléculaire, CHRU de Tours, Hôpital Bretonneau, 2 bd Tonnellé, 37044 TOURS Cedex. Tel secrétariat : 02 47 47 37 95
- Contact : Dr Charlotte VEYRAT-DUREBEX - [c.veyratdurebex@chu-tours.fr](mailto:c.veyratdurebex@chu-tours.fr)