

Identité du sujet prélevé (étiquette) Nom : ..... Prénom : ..... Nom de naissance : ..... Date de naissance : ...../...../..... Sexe : <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Nom du médecin prescripteur : <u>écrire lisiblement</u> ..... Téléphone : ..... <b>Signature (obligatoire) :</b> .....	Hôpital : ..... Service : ..... Adresse : ..... Ville : ..... Date d'envoi : ...../...../.....	Préleveur : ..... Tél : ..... Date : ...../...../..... Heure : .....
---	---	--	--

**Feuille de prescription**  
**Etude génétique de la neurofibromatose de type 1 et du syndrome de Legius**  
**(gènes *NF1*, *SPRED1*)**

Sujet prélevé : <input type="checkbox"/> Atteint <input type="checkbox"/> Non atteint Histoire familiale : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non (si oui, joindre une copie de l'arbre généalogique) Consanguinité : <input type="checkbox"/> Oui (préciser sur l'arbre) <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Sans objet	Famille/cas index connu ? <input type="checkbox"/> Oui, dans notre laboratoire Nom et prénom du cas index : <input type="checkbox"/> Oui, dans un autre laboratoire (joindre une copie du résultat) <input type="checkbox"/> Non
--	--

Taches café au lait  oui  non  
Préciser le nombre et la localisation : .....

Neurofibromes cutanés  oui  non  
Neurofibromes sous-cutanés  oui  non  
Préciser le nombre et la localisation : .....

Neurofibromes plexiformes  oui  non  
Préciser le nombre et la localisation : .....

Lentigines  oui  non

Nodules de Lisch  oui  non  non exploré

Gliome des voies optiques  oui  non  non exploré

Anomalies osseuses  oui  non  
Préciser la nature: .....

MPNST  oui  non

Difficultés d'apprentissage  oui  non

OBNI  oui  non  non exploré

Dysmorphie faciale  oui  non

**Histoire familiale :**  
Nombre de personnes atteintes, y compris le cas index  1  2 et +  
Parenté au 1<sup>er</sup> degré entre patients  oui  non  
Age du patient au moment du diagnostic : .....

**INFORMATIONS POUR LE PRESCRIPTEUR**

**MODALITES DE PRELEVEMENT ET D'EXPEDITION :**

- Prélèvement : sur tubes E.D.T.A. 5 à 10 ml de sang pour un adulte, 2 à 3 ml de sang pour un enfant.

- Expédition : envoi par courrier rapide des tubes étiquetés et protégés dans une boîte rigide et hermétique à température ambiante.

**NE PAS CONGELER LES TUBES**

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°13-932 du Directeur Général de l'agence régionale de santé d'Ile-de-France)

**DOCUMENTS A JOINDRE A TOUT PRELEVEMENT :**

Cette feuille de prescription soigneusement remplie et signée par le prescripteur

L'attestation d'information et de recueil de consentement (ou la copie du consentement écrit)

Bon de commande (pour les hôpitaux hors APHP)