AP-HP. Centre Université Paris Cité

HOPITAL COCHIN-PORT-ROYAL
Bâtiment Jean Dausset
27, rue du Faubourg Saint Jacques
75679 PARIS Cedex 14
Standard : (+33) (0)1 58 41 41 41

DMU BioPhyGen – Pr Prié
SERVICE DE MEDECINE GENOMIQUE
DES MALADIES DE SYSTEME ET D'ORGANE – PR BIENVENU
HOPITAL COCHIN - BATIMENT JEAN DAUSSET – 3EME ETAGE

Dr Laurence PACOT	01 58 41 12 17	laurence.pacot@aphp.fr
Pr Béatrice PARFAIT	01 58 41 14 97	beatrice.parfait@aphp.fr
Dr Dominique VIDAUD	01 58 41 15 08	dominique.vidaud@aphp.fr
Secrétariat :	01 58 41 15 23 / 15 24 / 16 23 / 12 27	
Fax :	01 58 41 15 80	

Etiquette GENNO

(réservé au laboratoire)

Médecin prescripteur (senior obligatoire)

Nom : .....

Prénom : .....

Téléphone : .....

Fax : .....

Signature (obligatoire) :

Identité Patient

Nom de naissance : .....

Nom usuel : .....

Prénom : .....

Date de naissance : ...../...../..... Sexe : ❑ M ❑ F

Prescripteur APHP

Identifiant APHP : .....

Etiquette UH

Prescripteur extérieur
(hors APHP)

Identifiant RPPS: .....

Hôpital : .....

Service : .....

Adresse : .....

Ville : ..... CP : .....

Préleveur

Nom : .....

Prénom : .....

Fonction : .....

Tél : .....

Date : ...../...../.....

ETUDE GENETIQUE : NEUROFIBROMATOSE DE TYPE 1 ET SYNDROME DE LEGIUS

Sujet prélevé : ❑ Atteint ❑ Non atteint
Histoire familiale : ❑ Oui ❑ Non
(si oui, joindre une copie de l'arbre généalogique)
Consanguinité : ❑ Oui *(préciser sur l'arbre)* ❑ Non ❑ Sans objet

Famille / cas index connu ?
❑ Oui, dans notre laboratoire
Nom et prénom du cas index : .....
❑ Oui, dans un autre laboratoire *(joindre une copie du résultat)*
❑ Non

Taches café au lait	☐ oui	☐ non	
Préciser le nombre et la localisation :			
Neurofibromes cutanés	☐ oui	☐ non	
Préciser le nombre et la localisation :			
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 1er degré entre patients	☐ oui	☐ non	
Age du patient au moment du diagnostic :			

INFORMATIONS POUR LE PRESCRIPTEUR : https://hupc.manuelprelevement.fr/

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 boite rigide et hermétique à température ambiante.
NE PAS CONGELER LES TUBES

DOCUMENTS A JOINDRE A TOUT PRELEVEMENT :
❑ *Cette feuille de prescription 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)*

COTATION DE L'EXAMEN : N 351 (panel NGS) et N353 (séquençage ciblé)

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 »