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 18	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 : SCHWANNOMATOSES - MENINGIOMATOSE (gènes *NF2*, *SMARCB1*, *LZTR1*, *SMARCE1*)

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

Schwannome vestibulaire mis en évidence par imagerie ❑ oui ❑ non
❑ bilatéral ❑ unilatéral

Méningiome ❑ oui ❑ non
Schwannome ❑ oui ❑ non
Ependymome ❑ oui ❑ non

Autre(s) type de tumeur(s), Préciser : .....

Préciser le nombre et la localisation : .....

.....

.....

Cataracte juvénile subcapsulaire ou corticale ❑ oui ❑ non
Membrane épirétinienne ❑ oui ❑ non

Présence de tache(s) café au lait ❑ oui ❑ non
Si oui, préciser le nombre et la localisation : .....

Histoire familiale :
Nombre de personnes atteintes, y compris le cas index ❑ 1 ❑ 2 et +
Parenté au 1er degré entre patients : parent-enfant, frère-sœur ❑ oui ❑ non

Age du patient au moment du diagnostic : …… ans
Age du patient au moment des premiers symptômes : …… ans

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 : N350 (Cas index) N353 (Apparenté)

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 »