



Praticien responsable :
 Dr. Florence COULET
florence.coulet@aphp.fr

Biologiste :
 Dr.Sc. Mélanie EYRIES melanie.eyries@aphp.fr

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

DEMANDE DE DIAGNOSTIC MOLÉCULAIRE EN ANGIOGÉNÉTIQUE

SERVICE DEMANDEUR (UH si APHP remplir ou coller Etiquette) Etablissement : Service : Adresse :	PRESCRIPTEUR (sénior obligatoire) Nom : Prénom : Identifiant RPPS ou APH : Téléphone/Email :	A JOINDRE AVEC LE PRELEVEMENT : <i>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/)</i>
--	---	--

PATIENT (remplir ou coller étiquette) Sexe : M F **FAMILLE :**

Nom : Nouvelle (joindre l'arbre)
 Prénom : Connue du laboratoire
 Nom de jeune fille : Code famille du laboratoire :
 Date de naissance : 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 T° ambiante) Sang : 2 tubes de 3.5 ml bouchon violet (EDTA) <input type="checkbox"/> Salive : carte FTA <input type="checkbox"/> Oragene <input type="checkbox"/> ADN <input type="checkbox"/> Villosités Choriales <input type="checkbox"/> Liquide amniotique <input type="checkbox"/> Tissu congelé <input type="checkbox"/> Autre (préciser) : ARN sur demande du laboratoire uniquement : 2 tubes PAXgene-ARN <input type="checkbox"/>
--	---

EXAMEN DEMANDE

1/ ANGIOGENETIQUE CONSTITUTIONNELLE

✓ **CAS INDEX: Analyse en panel de gènes selon le contexte clinique** (joindre la feuille de renseignement clinique correspondante)

HTAP/MVOP/Dysplasie alvéolo-capillaire (RIHN N351)
 Maladie de Rendu-Osler (RIHN N350)
 Malformations Vasculaires (CM-AVM, CM-VM, Syndrome de Bean, MG, Syndrome de Cowden) (RIHN N350)
 Lymphoedemes (RIHN N350)

Toutes les analyses incluent les mutations ponctuelles et les CNV. Accès aux listes complètes de gènes sur le site : <http://www.cgmc-psl.fr/>

✓ **RECHERCHE CIBLEE** (RIHN N353) (Compléter soigneusement les informations concernant l'identification de la famille)

Prélèvement initial: **APPARENTE SYMPTOMATIQUE** **ASYMPTOMATIQUE**
Diagnostic de confirmation: **APPARENTE** **CAS INDEX**

Variant à rechercher: sur le gène :

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

2/ ANGIOGENETIQUE SOMATIQUE (RIHN N351)

Contexte clinique : Localisation du prélèvement:.....