

ANALYSE DE TRANSCRITS

<p>SERVICE DEMANDEUR (Si APHP coller étiquette UH)</p> <p>Hôpital :</p> <p>Service :</p> <p>Adresse :</p> <p>.....</p>	<p>PRESCRIPTEUR (sénior obligatoire)</p> <p>Nom : Prénom :</p> <p>Identifiant RPPS ou APH : Téléphone :</p> <p>Email :</p>
---	---

PATIENT (remplir lisiblement ou coller étiquette)

Nom : Prénom :

Nom de naissance : Date de naissance : Sexe : M F

Cas index Apparenté

ANALYSE MOLÉCULAIRE DEMANDÉE	PRELEVEMENTS POSSIBLES
<p><input type="checkbox"/> RT-PCR (cotation N315, test fonctionnel <i>ex vivo</i> à partir de matériel issu du patient)</p> <p><input type="checkbox"/> RNA-Seq (forfait N350/N351/N352 selon la taille du panel)</p>	<p><input type="checkbox"/> 2 tubes de sang sur PAXgene ARN</p> <p><input type="checkbox"/> Culture de fibroblastes</p> <p><input type="checkbox"/> Culture de lymphocytes</p> <p><input type="checkbox"/> Tissu (préciser) :</p> <p><input type="checkbox"/> Lignée lymphoblastoïde Si envoi d'une culture de fibroblastes, lymphocytes, tissu ou lignée lymphoblastoïde :</p> <p>- accord préalable du biologiste</p> <p>- indiquer le service qui enverra le matériel :</p>
<p><input type="checkbox"/> Minigène (cotation N314, test fonctionnel <i>ex vivo</i> imposant de recourir à un clonage en minigène)</p>	<p><input type="checkbox"/> 2 tubes de sang sur EDTA (bouchon violet)</p> <p><input type="checkbox"/> ADN (au minimum 1 µg)</p>

DESCRIPTION DU VARIANT ou INDICATION DES ANALYSES NEGATIVES

Joindre OBLIGATOIREMENT une copie du compte-rendu d'analyse moléculaire du cas index (Exome, Génome)

<p>A JOINDRE IMPÉRATIVEMENT AU PRÉLÈVEMENT</p> <p><input type="checkbox"/> Consentement signé du patient et du médecin prescripteur</p> <p><input type="checkbox"/> Bon de commande (pour les hôpitaux hors APHP)</p>	<p>PRÉLEVEUR</p> <p>Nom : Date :</p> <p>Fonction : Heure :</p>
--	---