

*Etiquette patient*  
ou

Nom :  
Nom usuel :  
Prénom :  
Né(e) le :                      Sexe :

Etiquette Service

CONTACT LABORATOIRE  
Secrétariat :  
Tél. : 01 49 81 48 65  
hmn-secretariat.genetique@aphp.fr

**La prescription doit être réalisée par un médecin senior en mesure de suivre le patient et de lui rendre les résultats de l'analyse génétique**

<b>Médecin prescripteur :</b> <i>Nom et Prénom :</i>  <b>RPPS :</b>  <b>Téléphone :</b>	<b>Hôpital :</b>  <b>Service :</b>  <b>Adresse :</b>  <b>Téléphone :</b>	<b>Identité du préleveur :</b>  <b>Téléphone :</b>  <b>Date de prélèvement :</b> ...../...../..... <b>Heure de prélèvement :</b>  <b>Date d'envoi :</b> ...../...../.....
--	--	--

**ÉTUDE MOLÉCULAIRE DES MALADIES GÉNÉTIQUES DU GLOBULE ROUGE (RIHN 3270)**

<p><b>Sujet prélevé :</b></p> <p><input type="checkbox"/> Cas index <input type="checkbox"/> Apparenté symptomatique <input type="checkbox"/> Apparenté non symptomatique</p> <p>Prélèvement : <input type="checkbox"/> 1<sup>er</sup>    <input type="checkbox"/> 2<sup>ème</sup></p> <p><b>Famille/individus connus dans notre laboratoire :</b> <input type="checkbox"/> OUI    <input type="checkbox"/> NON</p> <p>si OUI Nom de l'individu :</p> <p><i>Prévenir le laboratoire en cas de dissociation entre sexe biologique et état civil (greffe de moelle osseuse, identité de genre, etc... )</i></p> <p><b>Drépanocytose ou syndrome drépanocytaire</b></p> <p><input type="checkbox"/> Homozygote / Hétérozygote composite    <input type="checkbox"/> Hétérozygote</p> <p>(Approche multigénique : HBB, HBA1/2, G6PD, PKLR, UGT1A1, CYB5R3, HmoX1, APOL1, déterminants Hb F et surcharge martiale)</p> <p><b>Variant identifié ou suspecté</b> (HBB, HBA1/A2, BPGM, CYB5R3)</p> <p>Met Hb:    <input type="checkbox"/> polyglobulie: <input type="checkbox"/> Hb instable: <input type="checkbox"/> autre <input type="checkbox"/> : .....</p> <p><b>Hémolyse intravasculaire :</b> (G6PD, PKLR, GPI, TPI, HBA/HBB)</p> <p>Chronique : <input type="checkbox"/> Aigue : <input type="checkbox"/> ictère : <input type="checkbox"/></p> <p><b>Syndrome thalassémique :</b> (HBB, HBA1/HBA2, ALAS2 et délétions)</p> <p>Marqué (Hb &lt; à 10g / dL) <input type="checkbox"/> trait thalassémique (Hb &gt; à 10g dl : <input type="checkbox"/></p> <p><b>Objet de l'étude :</b></p> <p><input type="checkbox"/> Aide au diagnostic    <input type="checkbox"/> Protocole de greffe de moelle osseuse <input type="checkbox"/> conseil génétique</p> <p><input type="checkbox"/> <b>Grossesse en cours :</b> <input type="checkbox"/> NON    <input type="checkbox"/> OUI    DDR : .....    DDG .....</p> <p><b>Conjoint :</b> NOM :                      Génotype :</p>	<p><input type="checkbox"/> URGENCE</p> <p><b>Si oui, motif :</b></p> <p><b>Bilan biologique : (résultats à joindre impérativement)</b></p> <p><input type="checkbox"/> Étude de l'hémoglobine (en %)    Technique utilisée :</p> <p><input type="checkbox"/> HbS    <input type="checkbox"/> ECAP <input type="checkbox"/> HbA    <input type="checkbox"/> HPLC <input type="checkbox"/> HbA2 :    <input type="checkbox"/> Autre : <input type="checkbox"/> Hb X (F, variant, ...) : <input type="checkbox"/> Hb H ou Hb Barts</p> <p><input type="checkbox"/> NFS</p> <p><input type="checkbox"/> VGM : <input type="checkbox"/> TCMH : <input type="checkbox"/> Hb :</p> <p><input type="checkbox"/> Bilan martial</p> <p><input type="checkbox"/> Saturation Transferrine : <input type="checkbox"/> Ferritinémie : <input type="checkbox"/> Transferrine Sérique :</p> <p><input type="checkbox"/> Densité érythrocytaire</p> <p><input type="checkbox"/> Protocole thérapeutique :</p> <p><input type="checkbox"/> Transfusion <input type="checkbox"/> Hydroxyurée <input type="checkbox"/> Autres :</p> <p><input type="checkbox"/> Anomalie de membrane connue ou suspectée :</p>
---	---

**INFORMATIONS POUR LE PRESCRIPTEUR :** <https://chu-mondor.manuelprelevement.fr/>

**Une information sur un consentement élargi aux « maladies du globule rouge » facilite le rendu des résultats.**

**MODALITÉS DE PRÉLÈVEMENT ET D'EXPÉDITION**

Echantillon  sang EDTA (violet), 2 tubes de 2mL (enfant) à 5mL (adulte)  
 ADN extrait : rapport A<sub>260</sub>/A<sub>280</sub> : 1,5-2 ; quantité > 10µg  
Envoi par transport rapide et spécifique selon la réglementation ADR à température ambiante. NE PAS CONGELER

**DOCUMENTS À JOINDRE À TOUT PRÉLÈVEMENT**

- le **consentement** pour personne majeure ou mineure
- la feuille de demande remplie et signée par le prescripteur
- un compte-rendu paraclinique et/ou clinique si pertinent
- un bon de commande

**ADRESSE DU LABORATOIRE**

DMU Biologie-Pathologie, Laboratoire de Génétique  
HU Henri Mondor, 1 rue Gustave Eiffel  
F-94010 CRÉTEIL CEDEX

Cadre réservé au labo de Génétique H. MONDOR