

# Prescription d'un examen de génétique moléculaire post natale

Joindre à tout prélèvement transmis au laboratoire le consentement du patient et l'attestation de consultation

A acheminer dans les sachets Violets Génétique HUMAINE Laborizon Centre (TR)

PATIENT	
NOM	Adresse
Prénom	
Nom de naissance	Code Postal
Sexe <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	Ville
Date de naissance __/__/____	téléphone ____-____-____-____

Médecin Prescripteur	
NOM	Téléphone ____-____-____-____
Prénom	Fax ____-____-____-____
Adresse	CP _____ Ville

MALADIE THROMBO-EMBOLIQUE : RECHERCHE DE MUTATION FACTEUR V LEIDEN / FACTEUR II ALLÈLE 20210A		
Mutation(s) recherchée(s) :	<input type="checkbox"/> <b>Facteur V leiden</b>	<input type="checkbox"/> <b>FII 20210A</b>
<b>Renseignements cliniques:</b>		
<input type="checkbox"/> Embolie pulmonaire	<input type="checkbox"/> TVP distale	
<input type="checkbox"/> Autre thrombose veineuse (cérébrale, mésentérique...)	<input type="checkbox"/> TVP proximale	
<input type="checkbox"/> Accident survenue avant 60 ans	<input type="checkbox"/> Autre (préciser):	
<input type="checkbox"/> Antécédent familial de thrombose veineuse		
<input type="checkbox"/> Traitement anticoagulant en cours. Si oui, préciser:		
<b>Etude familiale , préciser (joindre CR résultat du cas index) :</b>		

HÉMOCHROMATOSE: RECHERCHE D'UNE ANOMALIE MOLÉCULAIRE DANS LE GÈNE HFE			
Mutation(s) recherchée(s) :	<input type="checkbox"/> <b>C282Y*</b>	<input type="checkbox"/> <b>H63D (hors nomenclature )</b>	<input type="checkbox"/> <b>S65C (hors nomenclature)</b>
<b>Renseignements cliniques:</b>			
<input type="checkbox"/> Douleurs articulaires	<input type="checkbox"/> Diabète		
<input type="checkbox"/> Asthénie chronique	<input type="checkbox"/> Autre, préciser:		
<b>Etude familiale , préciser (joindre CR résultat du cas index) :</b>			
*l'analyse génétique de la mutation C282Y est prise en charge en cas d'hyperferritinémie associée à une augmentation du coefficient de saturation de la transferrine (>45%) à 2 reprises ou en cas d'étude familiale. En dehors de ce cadre réglementaire, il s'agit d'une analyse hors nomenclature.			

MUCOVISCIDOSE – CFTR – RECHERCHE DES 88 MUTATIONS LES PLUS FRÉQUENTES	
<b>Indication clinique</b>	
<input type="checkbox"/> Suspicion clinique de mucoviscidose , préciser (joindre CR des explorations):	
<input type="checkbox"/> Infertilité	<input type="checkbox"/> Assistance Médicale à la Procréation
<input type="checkbox"/> Signe d'appel échographique Fœtal (joindre le CR)	
<input type="checkbox"/> Enquête familiale, préciser (joindre CR résultat du cas index) :	

MICRODÉLÉTION DU CHROMOSOME Y (HN)
<input type="checkbox"/> Loci AZFa, AZFb, AZFc, renseignements cliniques (joindre résultat du spermogramme):

Pour tout autre demande, contacter le laboratoire

X FRAGILE (transmis)
<input type="checkbox"/> Anomalie du développement
<input type="checkbox"/> Insuffisance ovarienne prématurée: - AMH: _____

**A acheminer dans les sachets Verts Génétique HUMAINE Laborizon Centre (TA)**