Département de Génétique – Pr. Catherine Boileau
HUPNVS – Hôpital Bichat Claude Bernard - 46 rue Henri Huchard - 75877 Paris cedex 18

LIEN VERS NOTRE CATALOGUE DES EXAMENS : https://hupnvs.manuelprelevement.fr/GHT/hupnvs/

PATIENT (ou ETIQUETTE)

Nom : ……..
Nom de jeune fille : ……..
Prénom : ……. Sexe : .....
Date de naissance : …..... /…….. /……..

Etiquette patient avec NIP

PRELEVEMENT : *A envoyer au Dr. Jérôme LAMORIL ou au Dr. Dimitri TCHERNITCHKO* (prenom.nom@aphp.fr)

Département Génétique (Réception Biochimie) – Hôpital Bichat-Claude Bernard – 46 rue Henri Huchard – 75877 Paris Cedex 18 –
Tel : 01 40 25 88 51 / 85 52 Fax : 01 40 25 87 85

☐ 1er Prélèvement
☐ 2nd prélèvement

Date de prélèvement : …….. /…….. /……..
Identité du Préleveur : ……..

☐ ADN *(Technique extraction …….. ; Concentration : ……..... ; Volume : ……....)*
☐ Sang sur EDTA *(adultes : 7ml ; enfants : 5 ml ; nourrissons : 2 ml)* ☐ Paxgène
☐ Villosités choriales triées ☐ Liquide amniotique ☐ Autre :

En cas de prélèvement urgent, merci de prendre contact avec le laboratoire au 01 40 25 88 51 ou 01 40 25 85 52

MEDECIN PRESCRIPTEUR (coordonnées précises) - les résultats seront communiqués au médecin prescripteur

Remarque : seuls les médecins praticiens titulaires d'un doctorat en médecine peuvent prescrire un test génétique

Nom et Prénom : ……..
N° RPPS (hors APHP) ou Code APH (APHP) :……..
E-mail : ……..
Adresse : ……
Téléphone : …… Fax : ……..

Cachet du service
ou
Etiquette UH
(Obligatoire pour APHP)

Votre demande d'analyse doit **obligatoirement être accompagnée de** :

- ❑ Copie du consentement éclairé daté et signé du patient *(Article 16-10 du Code Civil, article R1131-1 du Code de la Santé Publique)*
- ❑ Original de l'attestation de consultation du prescripteur *(Article R1131-5 du Code de la Santé Publique et décret n°2008-321 du 4 avril 2008)*
- ❑ **Renseignements cliniques détaillés (fiche de renseignement clinique ci-jointe +/- compte-rendu détaillé de consultation), arbre généalogique**
- ❑ Bon de commande

INDICATIONS *Secteur ON*

☐ **Cas index (nouveau patient)**
☐ **Apparenté (enquête familiale)**
☐ **Diagnostic pré-symptomatique**

Mutation rapportée dans la famille : ……

- **Nom et prénom du cas index : ……**
  - **Lien de parenté avec le cas index : ……**
    (merci de joindre un arbre généalogique)

MERCI DE COMPLETER LA FICHE DE RENSEIGNEMENTS CLINIQUES CI-JOINTE