



**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](mailto: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*

1<sup>er</sup> Prélèvement Date de prélèvement : ..... / ..... / .....  
 2<sup>nd</sup> prélèvement Identité du Préleveur : .....

ADN (Technique extraction ..... ; Concentration : ..... ; Volume : .....)

Sang sur EDTA (adultes : 7ml ; enfants : 5 ml ; nourrissons : 2 ml)  Paxgène  
 Villosités chorales 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  
(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 (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 :** .....  
o **Lien de parenté avec le cas index :** .....  
(merci de joindre un arbre généalogique)

**RENSEIGNEMENTS CLINIQUES ET FAMILIAUX** Merci de justifier votre demande