



**Département de Génétique – Pr. Catherine Boileau**

HUPNVS – Hôpital Bichat Claude Bernard-46 rue Henri Huchard 75877 Paris cedex 18  
LIEN AVEC NOTRE CATALOGUE DES EXAMENS : <https://hupnvs.manuelprelevement.fr/DetailNew.aspx?id=A1405>  
<https://hupnvs.manuelprelevement.fr/DetailNew.aspx?id=A1406>  
<https://hupnvs.manuelprelevement.fr/DetailNew.aspx?id=A1407>

**PATIENT (ou ETIQUETTE)**

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

Etiquette patient avec NIP

**PRELEVEMENT** : A envoyer au Pr. Caroline Kannengiesser – Département Génétique – Hôpital Bichat-Claude Bernard – 46 rue Henri Huchard – 75877 Paris Cedex 18 – [caroline.kannengiesser@aphp.fr](mailto:caroline.kannengiesser@aphp.fr) ; Tel : 01 40 25 85 52/secrétariats : 01 40 25 88 51/ 85 51

- 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)                       PAXgene
- Villosités chorales triées                       Liquide amniotique                       Autre :

**En cas de prélèvement urgent, merci de prendre contact avec le laboratoire au 01 40 25 85 45 / 55.**

*Le transport au laboratoire peut se faire à température ambiante (max 72h) avec un transporteur homologué.  
S'il s'agit d'un tissu humain (biopsie, cellules...) le transport doit être réfrigéré au minimum à -20°C.*

**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**  
**En cas de prescription par un interne**, merci de rajouter les coordonnées du senior en charge du patient

Nom et Prénom : **Dr sénior** .....  
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 (fiche de renseignement clinique ci-dessous + compte-rendu récent de consultation, arbre généalogique)**
- Bon de commande

**INDICATIONS**

**Secteur GR**

- Cas index (nouveau patient)** : SVP, joindre les résultats des explorations fonctionnelles des polynucléaires
- Age au moment du diagnostic (années) : .....
  - Infections à répétitions .....
  - Autres renseignements cliniques : .....
  - Résultat du NBT** : .....
  - Western Blot : .....
- Apparenté (enquête familiale)** : **L'enquête familiale ne peut être réalisée que si les causes moléculaires ont été identifiées dans la famille.**
- Lien de parenté avec le cas index : .....
  - Mutation(s) rapportée(s) dans la famille et gène concerné : .....
  - Nom et prénom du cas index : .....
- Renseignements cliniques : .....