



**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 : .....