

## Bon de Demande d'Examen de Génétique Moléculaire

Dossier à remplir puis à joindre **au(x) prélèvement(s), à l'attestation de consultation et consentement** et **au(x) questionnaire(s) de renseignements cliniques** (selon la pathologie). Tous les renseignements sont obligatoires.  
**Sans un dossier complet, l'examen ne pourra être réalisé.**

Médecin Prescripteur	Patient
<p>NOM : _____ Prénom : _____</p> <p>Adresse : _____</p> <p>CP : _____ Ville : _____</p> <p>Pays : _____</p> <p>Numéro RPPS : _____</p> <p>Téléphone : _____</p> <p>Email MSSanté : _____</p> <p>Signature : _____</p>	<p>NOM usuel : _____</p> <p>Prénom(s) : _____</p> <p>NOM de naissance : _____</p> <p>Date de Naissance : __/__/____</p> <p>Sexe : F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/></p> <p>Adresse : _____</p> <p>CP : _____ Ville : _____</p> <p>Pays : _____</p>
<p style="color: #f4a460;">Numéro interne LIGAN du patient</p>	

Modalités de prélèvement	Etablissement demandeur
<p>NOM Prénom du Préleveur : _____</p> <p>Qualité professionnelle : _____</p> <p>Numéro RPPS : _____</p> <p>Date du prélèvement : __/__/____ Heure de prélèvement : ...H...</p> <p>Nature du prélèvement :</p> <p><input type="checkbox"/> Sang EDTA (4 mL)      <input type="checkbox"/> Salive (Kit Oragene OG)</p> <p><input type="checkbox"/> ADN (Type du prélèvement initial : _____)</p> <p style="color: red; font-size: small;">→ Si le patient a bénéficié d'une allogreffe de cellules souches hématopoïétiques ou de moelle osseuse, réaliser un prélèvement salivaire</p> <p style="color: red; font-size: small;">→ Eviter l'envoi des prélèvements la veille de jours fériés ou de week end</p>	<p>Nom de l'Etablissement demandeur : _____</p> <p>Cachet de l'établissement : _____</p>

### Demande d'Examen de Génétique Moléculaire

Les panels des gènes analysés pour les pathologies sont disponibles sur le site internet LIGAN « <http://ligan.good.cnrs.fr/espace-diagnostic> ».

Examen(s) portant sur :

- Diabète\*                       Obésité\*                       Dyslipidémies\*
- Autre** : Il est possible de réaliser un examen complémentaire portant sur d'autre(s) pathologie(s) associée(s) ci-dessous, en revanche cet examen ne sera pas rendu sous accréditation (Cochez la/les pathologie(s) associées) :
- |   |   |   |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Maladie Rénale                 | <input type="checkbox"/> Pancréatite              | <input type="checkbox"/> Hyperinsulinisme                   |
| <input type="checkbox"/> Cardiopathie                   | <input type="checkbox"/> AVC                      | <input type="checkbox"/> Insulino-résistance/Lipodystrophie |
| <input type="checkbox"/> Trouble neuro-développementaux | <input type="checkbox"/> Lymphœdème               | <input type="checkbox"/> Syndrome des Ovaires Polykystiques |
| <input type="checkbox"/> Maladie Hépatique              | <input type="checkbox"/> Syndrome d'Hypogonadisme | <input type="checkbox"/> Hypothyroïdie                      |

- Recherche de cause(s) génétique(s) dans un panel de gènes (*in silico*) - Séquençage Exome  
 (Identification de mutations ponctuelles codantes [incluant petites insertions/délétions] et de mutations d'épissage)
- Recherche de cause(s) génétique(s) ciblant un locus défini par le prescripteur - Séquençage Sanger  
 Indiquer le(s) gène(s) de référence (NM\_ ou LRG) à analyser et les substitutions ou les petites délétions ou insertions à analyser dans le(s) gène(s) de référence (selon la nomenclature HGVS) :
- \_\_\_\_\_

\* : Examens accrédités, portée disponible sous le n° 8-4219 sur le site du COFRAC [www.cofrac.fr](http://www.cofrac.fr)

En cas de difficulté à prescrire un examen, veuillez contacter Dr Pascale BENLIAN ([pascale.benlian@inserm.fr](mailto:pascale.benlian@inserm.fr) ; 03.74.00.81.00)

Les conditions d'envoi des prélèvements sont indiquées dans le manuel de prélèvement, disponible sur le site de la plateforme LIGAN (<http://ligan.good.cnrs.fr>).