

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	
NOM : _____ Prénom : _____	NOM usuel : _____	<i>Numéro interne LIGAN du patient</i>
Adresse : _____	Prénom(s) : _____	
CP : _____ Ville : _____	NOM de naissance : _____	
Pays : _____	Date de Naissance : __/__/____	
Numéro RPPS : _____	Sexe : F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>	
Téléphone : _____	Adresse : _____	
Email MSSanté : _____	CP : _____ Ville : _____	
Signature : _____	Pays : _____	

Modalités de prélèvement	Etablissement demandeur
NOM Prénom du Préleveur : _____	Nom de l'Etablissement demandeur : _____
Qualité professionnelle : _____	_____
Numéro RPPS : _____	Cachet de l'établissement : _____
Date du prélèvement : __/__/____ Heure de prélèvement : ...H...	
Nature du prélèvement :	
<input type="checkbox"/> Sang EDTA (4 mL) <input type="checkbox"/> Salive (Kit Oragene OG)	
<input type="checkbox"/> ADN (Type du prélèvement initial : _____)	
<p style="color: red;">→ 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;">→ Eviter l'envoi des prélèvements la veille de jours fériés ou de week end</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

En cas de difficulté à prescrire un examen, veuillez contacter Dr Pascale BENLIAN (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>).