

Médecin prescripteur (senior obligatoire)

Nom : Signature (obligatoire) :
Prénom :
Téléphone :
Fax :



Identité Patient

Nom de naissance :
Nom usuel :
Prénom :
Date de naissance :/...../..... Sexe : M F

Prescripteur APHP

Identifiant APHP :

Etiquette UH

**Prescripteur extérieur
(hors APHP)**

Identifiant RPPS:
Hôpital :
Service :
Adresse :
Ville : CP :

Préleveur

Nom :
Prénom :
Fonction :
Tél :
Date :/...../.....

ÉTUDE GÉNÉTIQUE DE LA MYOPATHIE FACIO-SCAPULO-HUMÉRALE DE TYPE 1

Sujet prélevé : Symptomatique Non symptomatique
Histoire familiale : Oui Non
(si oui, joindre une copie de l'arbre généalogique)
Consanguinité : Oui Non

Famille / cas index connu ?
 Oui, dans notre laboratoire
Nom et prénom du cas index :
 Oui, dans un autre laboratoire (joindre une copie du résultat)
 Non

Examen demandé : Confirmation de diagnostic Recherche de mutation dans une famille connue
 Diagnostic d'exclusion Etude pré symptomatique

Âge de début des symptômes : **Signes initiaux :**

CPK :

Plaintes douloureuses et/ou fonctionnelles :

Atteinte faciale : Oui Non Asymétrique Symétrique
Décollement scapulaire : Oui Non Asymétrique Symétrique
Atteinte des muscles huméraux : Oui Non Asymétrique Symétrique
Atteinte des muscles thoraciques : Oui Non Asymétrique Symétrique
Atteinte proximale des membres inf. : Oui Non Asymétrique Symétrique
Atteinte distale des membres inf. : Oui Non Asymétrique Symétrique
Steppage : Oui Non Gauche Droite
Atteinte axiale : Oui Non **Type :**
Muscles abdominaux (Signe de Beevor) : Présent Absent Non testé

Atteintes extra musculaires : Atteinte cardiaque :
 Atteinte respiratoire :
 Atteinte oculaire :
 Atteinte auditive :
 Autre atteinte systémique :

Estimation de la sévérité clinique :
Diagnostics différentiels évoqués/ Autres analyses génétiques pratiquées ou en cours :

INFORMATIONS POUR LE PRESCRIPTEUR : <https://hupc.manuelprelevement.fr/>

MODALITES DE PRELEVEMENT ET D'EXPEDITION :

- Prélèvement sur tubes E.D.T.A. 30 ml de sang pour un adulte, 10 ml de sang pour un enfant.
- Expédition : **envoi par courrier rapide <48h** des tubes étiquetés et protégés dans une boîte rigide et hermétique à température ambiante.
NE PAS CONGELER LES TUBES

DOCUMENTS A JOINDRE A TOUT PRELEVEMENT :

- Cette feuille de prescription **remplie et signée** par le prescripteur
 - L'attestation d'information et de recueil de consentement (ou la copie du consentement écrit)
 - Bon de commande (pour les hôpitaux hors APHP)
- COTATION DE L'EXAMEN : N037 (BHN830)**

Laboratoire autorisé à exercer l'activité de soins « examen des caractéristiques génétiques d'une personne ou identification d'une personne par empreintes génétiques à des fins médicales »