

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 :/...../.....

ETUDE GENETIQUE DES MALADIES HEMORRAGIQUES

Sujet prélevé : ☐ Atteint ☐ Non atteint
Histoire familiale : ☐ Oui ☐ Non
(si oui, joindre une copie de l'arbre généalogique)
Consanguinité : ☐ Oui (préciser sur l'arbre) ☐ Non ☐ Sans objet

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

Maladie : ☐ Hémophilie A (gène F8) - cotation N350
☐ Hémophilie B (gène F9) - cotation N350
☐ non déterminée - cotation N350

Sévérité : ☐ sévère (<1%)
☐ modérée (1-5%)
☐ mineure (5-40%)
☐ indéterminée

Antécédents d'inhibiteur chez le patient :
☐ non ☐ oui si oui : ☐ < 5UB
☐ ≥ 5 UB

Indication d'étude pour les femmes

☐ Détermination du statut de conductrice :
recherche ciblée - cotation N353
variant non documenté - cotation N350
☐ grossesse en cours : DDR :
☐ demande de diagnostic prénatal
Nom du conjoint :

Arbre Généalogique : à joindre à ce formulaire

RESULTATS BIOLOGIQUES DE LA PERSONNE PRELEVEE

Les points soulignés doivent être renseignés pour la réalisation de l'étude

HÉMOPHILIE A

FVIII:C : FVIII:Ag :
Dosage chromogénique FVIII:C : FVIII:C/VWFAg :

HÉMOPHILIE B

FIX:C : FIX:Ag :

Dans les cas d'Hémophilie A modérée/mineure et chez les femmes à taux bas :

Liaison Facteur Willebrand / FVIII (VWF:FVIIIIB) : *l'étude génétique ne sera débutée qu'à réception de ce résultat

☐ très abaissée ☐ modérément abaissée ☐ Normale ☐ en cours *

VWF:Ag : FV:C : CRP : Groupe sanguin :

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

MODALITES DE PRELEVEMENT ET D'EXPEDITION :

- Prélèvement sur tubes E.D.T.A. 5 à 10 ml de sang pour un adulte, 2 à 3 ml de sang pour un enfant.

- Expédition : envoi par courrier rapide des tubes étiquetés et protégés dans une boîte rigide et hermétique à température ambiante.

NE PAS CONGELER LES TUBES

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 »

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 : voir selon les indications