

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 :	Prescripteur extérieur (hors APHP) Identifiant RPPS : Hôpital : Service : Adresse : Ville : CP :	Préleveur Nom : Prénom : Fonction : Tél : Date :/...../.....

ETUDE GENETIQUE : Insuffisance Ovarienne Précoce

Recherche de prémutation *FMR1* oui ☐ non ☐

Recherche par NGS de variants dans des gènes IOP^s oui ☐ non ☐

^s *BMP15, ESRI, FSHR, GDF9, NOBOX, NR5A1, FOXL2, MSH5*

Sujet prélevé : ☐ Atteint ☐ Non atteint Histoire familiale : ☐ Oui ☐ Non <i>(si oui, joindre une copie de l'arbre généalogique)</i> 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
--	--

BMI :
 Puberté normale : ☐ Oui ☐ Non (préciser)
 Age des premières règles :
 Date des dernières règles : Traitement : ☐ Oui ☐ Non (lequel)
 Aménorrhée : ☐ Oui ☐ Non si oui préciser la date :
 IOP forme familiale : ☐ Oui ☐ Non
 Déficience intellectuelle dans la famille : ☐ Oui ☐ Non
 Consommation de tabac : ☐ Oui ☐ Non si oui préciser la quantité/année :
 Syndrome Blépharophimosis, Ptosis et Epicanthus inversus (BPES) : ☐ Oui ☐ Non
Bilan hormonal (en UI/L) (date bilan) :
FSH : **E2 :**
Echographie (date)
Présence follicules à l'échographie : ☐ Oui ☐ Non
IOP et grossesse :
 Grossesse Avant IOP : ☐ Oui ☐ Non
 Grossesse Post IOP : ☐ Oui ☐ Non (préciser si il y a eu des grossesses spontanées avec ou sans traitement, don d'ovocytes ?)
Orientation génétique :
Résultat du Caryotype (à joindre) :
 Résultat prémutation *FMR1* (préciser le nombre de triplets):
 Autres résultats génétiques connus :

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

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 : *FMR1* (N354x2) ; NGS N350

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 »