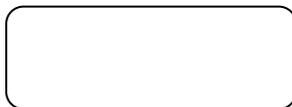


**Médecin prescripteur (senior obligatoire)**

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 : NEUROFIBROMATOSE DE TYPE 1 ET SYNDROME DE LEGIUS**

**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

Taches café au lait  oui  non  
Préciser le nombre et la localisation : .....

Neurofibromes cutanés  oui  non  
Préciser le nombre et la localisation : .....

Neurofibromes sous-cutanés  oui  non  
Préciser le nombre et la localisation : .....

Neurofibromes plexiformes  oui  non  
Préciser le nombre et la localisation : .....

Lentigines  oui  non

Nodules de Lisch  oui  non  non exploré

Gliome des voies optiques  oui  non  non exploré

Anomalies osseuses  oui  non  
Préciser la nature: .....

MPNST  oui  non

Difficultés d'apprentissage  oui  non

OBNI  oui  non  non exploré

Dysmorphie faciale  oui  non

**Histoire familiale :**

Nombre de personnes atteintes, y compris le cas index  1  2 et +

Parenté au 1er degré entre patients  oui  non

Age du patient au moment du diagnostic : .....

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 : N 351 (panel NGS) et N353 (séquençage ciblé)**

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 »