

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 DES PANCRÉATITES IDIOPATHIQUES ET HÉRÉDITAIRES
Gènes CFTR, PRSS1, SPINK1, CTSC, CASR, CPA1, TRPV6

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

Indication de l'étude

cocher obligatoirement

- ☐ Pancréatite aiguë
- ☐ Pancréatite aiguë récurrente
- ☐ Pancréatite chronique idiopathique
- ☐ Pancréatite chronique héréditaire (au moins 2 apparentés atteints, indiquez sur l'arbre)
- ☐ Recherche de variant chez un apparenté
précisez le lien sur l'arbre ci-dessous
- Nom, Prénom du cas index :
 - Gène :
 - Variant à rechercher :

Renseignements cliniques

o Age lors de la première crise :
o Récurrence (Nb d'épisodes) :
o Stéatorrhée : ☐ Oui ☐ Non

Morphologie

- ☐ Calcifications pancréatiques
☐ Anomalies canalaies
☐ Pancréas divisum

Orientation étiologique

- ☐ Alcool (g/j) :
☐ Tabac (Nb paquets/année) :
☐ Médicaments pancréato-toxiques (précisez) :
☐ Bilan phospho-calcique (Ca, Ph, PTH) anormal
☐ Hypertriglycéridémie
☐ Néoplasie (précisez) :
☐ Signes évocateurs d'affection liée à CFTR
- ☐ Nb d'enfants :
 - ☐ Infertilité (précisez) :
 - ☐ Atteinte respiratoire (précisez) :
 - ☐ Atteinte ORL (précisez) :
 - ☐ Test de la sueur (mEq/l) :
 - ☐ Autres (précisez) :

Forme familiale : Etablir l'arbre généalogique (précisez les origines géographiques)

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 : N351

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 »