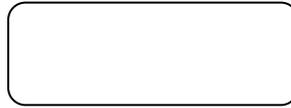


Médecin prescripteur (senior obligatoire)

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



Identité Patient

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

**Prescripteur APHP
(étiquette UH)**

Identifiant APHP :

Etiquette UH

**Prescripteur extérieur
(hors APHP)**

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

Préleveur

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

Exploration génétique des anomalies dentaires rares isolées

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

PATHOLOGIES

- **Amélogénèse imparfaite et anomalies de l'émail (panel)**
Gènes : *ACP4, AMBN, AMELX, AMTN, ENAM, CNNM4, COL17A1, DLX3, FAM20A, FAM83H, GPR68, ITGB6, KLK4, LAMA3, LAMB3, LTBP3, MMP20, ODAFH, RELT, SLC24A4, WDR72*
- **Dentinogénèse imparfaite et anomalies de la dentine (panel)**
Gènes : *COLIA2, DSPP, SMOC2, SSUH2, TGFBR2, TRIP-10, VPS4B*
- **Hypodontie, Oligodontie, Anodontie (panel).....**
Gènes : *ATP6V1B2, AXIN2, CDH3, DSP, EDA, EDAR, EDARADD, FGFR2, GJB6, GREM2, GRHL2, IFT122, IFT43, IKBKG/NEMO, KCTD1, KREMEN1, LRP6, MSX1, NECTIN1(PVRL1), NECTIN4(PVRL4), PAX3, PAX9, PKP1, POC1A, SHH, TP63, TSPEAR, WDR19, WDR35, WNT10A, WNT10B*
- **Hyperdontie (panel).....**
Gènes : *CACNA1S, RUNX2*
- **Trouble de l'éruption dentaire (panel) ...**
Gènes : *FGFR2, PTHRI, RUNX2, STAT3*

- JOINDRE**
- un résumé clinique
 - l'arbre généalogique (si forme familiale).....
 - les photos intra-buccales et/ou l'orthopantomogramme

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 : N350, N351 ou N353 selon indication

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 »