

**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**

**RECHERCHE DE DISOMIE UNIPARENTALE DES CHROMOSOMES 14 ET 15  
ETUDE DE LA METHYLATION DU LOCUS MEG3 DU CHROMOSOME 14**

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

**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

**Pour une étude de disomie uniparentale cette feuille concerne :**

le cas index  le père du cas index : .....  la mère du cas index : .....  
(indiquez le nom du cas index) (indiquez le nom du cas index)

**INDICATION DE L'ETUDE**

Chromosome 15

**Cas index** : Recherche de disomie uniparentale (BHN510)  
un prélèvement des 2 parents est obligatoire pour toute demande de disomie uniparentale

- En complément d'une étude préalable de la méthylation en 15q11-q13 ayant révélé un syndrome de Prader-Willi chez le cas index**
- En complément d'une étude préalable de la méthylation en 15q11-q13 ayant révélé un syndrome d'Angelman chez le cas index**
- En complément de la découverte d'un remaniement chromosomique impliquant le chromosome 15**

Chromosome 14

**Cas index** : Recherche de disomie uniparentale\* (BHN510)  
un prélèvement des 2 parents est obligatoire pour toute demande de disomie uniparentale

- Syndrome de Temple / disomie 14 maternelle**
- Syndrome de Kagami-Ogata / disomie 14 paternelle**
- En complément de la découverte d'un remaniement chromosomique impliquant le chromosome 14**

**ou**

**Cas index** : Etude de la méthylation du chromosome 14 au locus MEG3 (BHN670)

- Syndrome de Temple / disomie 14 maternelle**
- Syndrome de Kagami-Ogata / disomie 14 paternelle**

**Présentation Phénotypique** (joindre un compte-rendu clinique)

- Forme sporadique  QI <70  retard staturo-pondéral
- Forme familiale  QI < 50  scoliose
- RCIU  surpoids/obésité
- hypotonie axiale  puberté précoce

**Prélèvement parental**

- accompagnant le prélèvement d'un cas index** (B500)
- accompagnant un prélèvement fœtal** (BHN510) (prescription pour le prélèvement fœtal sur le formulaire « DIAGNOSTIC PRÉNATAL PAR GÉNÉTIQUE MOLÉCULAIRE »)

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** : BHN510 ou BHN 670 ou B500 selon l'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 »