

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 Génétique des Dystrophinopathies (DMD, BMD)
& des Dystrophies Musculaires des Ceintures (LGMD)**

ANOS, BVES, CAPN3, CAV3, COL6A1, COL6A2, COL6A3, DAG1, DES, DMD, DNAJB6, DPM3, DYSF, EMD, FHL1, FKRP, FKTN, GAA, GMPPB, GNE, HNRNPD, ISPD, LAMA2, LIMS2, LMNA, MYBPC3, MYOT, PLEC, POGLUT1, POMGnT1, POMT1, POMT2, POPDC3, SGCA, SGCB, SGCD, SGCG, TCAP, TNPO3, TOR1AIP1, TRAPPC11, TRIM32, TTN & VCP

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

CK =UI/L

Biopsie musculaire : oui non ⇒ si oui statut de la Dystrophine :

Signes cliniques (merci de joindre le compte-rendu clinique de la dernière consultation)

Premiers symptômes (âge)
Perte de la marche (âge)
Plainte(s) douloureuse et/ ou fonctionnelle
Amyotrophie proximale distale
Hypertrophie des mollets oui non
Signe de Gowers oui non
Rétractions oui non
Atteinte axiale oui non
Atteinte cardiaque oui non
Atteinte cognitive oui non
Diagnostic clinique évoqué

Autres analyses génétiques pratiquées ou en cours (si oui, résultats à joindre)

Autre :

Arbre généalogique à fournir

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 : N352 (RIHN8170)**

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 »