

**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 DE L'INACTIVATION DU CHROMOSOME X**

**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

**INDICATION DE L'ETUDE**

Maladie génétique liée au chromosome X

- Nom de la maladie : .....
- Nom du gène / variant : .....
- Position chromosomique : .....

- Expression clinique chez une femme conductrice hétérozygote (maladie récessive)
- Absence d'expression clinique chez une femme hétérozygote (maladie dominante)
- Etude de phase père /fille ou mère /fils

**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 : BHN 670x3**

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 »