

<p align="center">Médecin prescripteur (sénior obligatoire)</p> <p>Nom : Signature (obligatoire) : Prénom : Fonction : Téléphone : Fax :</p>	<p align="center">Préleveur</p> <p>Nom : Prénom : Fonction : Tél : Date :/...../.....</p>	<p align="center">Identité Patient</p> <p>Nom de naissance : Nom usuel : Prénom : Date de naissance :/...../..... Sexe : <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F</p>
---	--	---

<p align="center">Prescripteur APHP (étiquette UH)</p> <p>Identifiant APHP : Etiquette UH</p>	<p align="center">Prescripteur extérieur (hors APHP)</p> <p>Identifiant RPPS: Hôpital : Service : Adresse : Ville :CP :</p>	<p align="center">Etiquette GENNO</p> <p align="center">(réservé au laboratoire)</p>
---	--	--

ETUDE GENETIQUE
Neurofibromatose de type 2 - Schwannomatose - Méningiomatose
(gènes *NF2*, *SMARCB1*, *LZTR1*, *SMARCE1*)

<p>Sujet prélevé : <input type="checkbox"/> Atteint <input type="checkbox"/> Non atteint Histoire familiale : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <i>(si oui, joindre une copie de l'arbre généalogique)</i> Consanguinité : <input type="checkbox"/> Oui (préciser sur l'arbre) <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Sans objet</p>	<p>Famille / cas index connu ? <input type="checkbox"/> Oui, dans notre laboratoire Nom et prénom du cas index : <input type="checkbox"/> Oui, dans un autre laboratoire (joindre une copie du résultat) <input type="checkbox"/> Non</p>
---	---

Schwannome vestibulaire mis en évidence par imagerie	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
	<input type="checkbox"/> bilatéral	<input type="checkbox"/> unilatéral
Méningiome	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
Schwannome	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
Gliome	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
Neurofibrome	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
Préciser le nombre et la localisation :		
.....		
.....		
Cataracte juvénile	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
Histoire familiale :		
Nombre de personnes atteintes, y compris le cas index	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2 et +
Parenté au 1 ^{er} degré entre patients : parent-enfant, frère-sœur	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
Age du patient au moment du diagnostic : ans		
Age du patient au moment des premiers symptômes : ans		

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

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 »

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 (panel) N353 (séquençage ciblé)