



**Demande d'Analyses pour Examen des Caractéristiques Génétiques
(Hors Diagnostic Prénatal)**

IDENTIFICATION DU PATIENT	MEDECIN PRESCRIPTEUR
NOM : Prénom : Date de naissance : Sexe : F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Cas index <input type="checkbox"/> Apparenté à	NOM Service Hôpital UH du Service (APHP) : Coordonnées postales précises pour l'envoi du résultat : Téléphone/e-mail (zones obligatoirement renseignées)
Préleveur : <input type="checkbox"/> Nom <input type="checkbox"/> Prénom <input type="checkbox"/> Date et heure : .../.../..... àh....	ATTESTATION D'INFORMATION Décret n°2008-321 du 4 avril 2008 « Je certifie avoir informé le (la) patient(e) sus nommé(e) des caractéristiques de la maladie recherchée, des moyens de la détecter, des possibilités de prévention et de traitement et avoir recueilli le consentement du (de la) patient(e) dans les conditions de l'article R.1131-5 » Signature : _____ Tampon _____
ANALYSES	Nature du prélèvement : <input type="checkbox"/> Sang <input type="checkbox"/> ADN extrait <input type="checkbox"/> Autre :..... <input type="checkbox"/> 1 ^{er} prélèvement <input type="checkbox"/> 2 ^{ème} prélèvement
<input type="checkbox"/> Génotype APOE <input type="checkbox"/> Maladie de Creutzfeldt-Jakob : PRNP <input type="checkbox"/> Syndrome de Gerstmann-Sträussler-Scheinker: PRNP <input type="checkbox"/> Insomnie Fatale Familiale : PRNP	PRELEVEMENTS <input type="checkbox"/> 2 Tubes EDTA (2 x 5 ml). <input type="checkbox"/> Conservation à + 4°C avant envoi transport à température ambiante ou +4°C
<input type="checkbox"/> DOCUMENTS OBLIGATOIRES A JOINDRE <input type="checkbox"/> Ordonnance ou prescription médicale <input type="checkbox"/> CONSENTEMENT EN VUE D'UN EXAMEN DES CARACTÉRISTIQUES GÉNÉTIQUES <input type="checkbox"/> Renseignements cliniques ou informations spécifiques <input type="checkbox"/> Arbre généalogique éventuel	