



**Feuille de demande à compléter et à joindre impérativement au prélèvement (1 formulaire par patient)**

Identité du patient ( <i>étiquette</i> )	Hôpital :	Préleveur :
Nom (et nom de naissance) :	Service :	Tél. :
Prénom :	Ville :	Date :
Né(e) le :	Tél. :	Heure :
Sexe : <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Date d'envoi :	
	Médecin prescripteur :	

**DIAGNOSTIC DE DEFICIT CONSTITUTIONNEL EN FACTEUR VII**  
***génotypage du gène F7***

**Indication :**

- Suspicion de déficit constitutionnel en FVII

Taux de FVII:C = % Thromboplastine humaine :

Taux de FVII:C = % Thromboplastine animale :

Taux de FVII:Ag = %

Présence d'une activité anti FVII :  oui  non  non recherchée

- Enquête familiale :

Nom du cas index :

Lien de parenté avec le cas index :

**Clinique et biologie :**

Présence d'un syndrome hémorragique  oui  
 non

Principaux signes cliniques décrits :

Présence d'une autre anomalie de l'hémostase  oui  
 non

Si oui, préciser :

Taux de FII:C = %      Taux de FV:C = %      Taux de FX:C = %

**Cadre réservé au laboratoire**

N° ADN :

Date de réception :

ID technicien réception :

Nature du prélèvement :

Nombre de tubes :

**INFORMATIONS POUR LE PRELEVEUR / PRESCRIPTEUR**

**Modalités de prélèvement et d'envoi :**

Sang veineux sur EDTA : 1 tube de 5 mL (adulte et enfant) à étiqueter et conserver à TA ou à +4°C. **Ne pas congeler**

**Documents obligatoires à joindre :**

cette feuille de demande complétée

l'attestation de consultation et de recueil de consentement (ou la copie du consentement écrit) des examens des caractéristiques génétiques

**formulaires types disponibles sur** <http://www.chu-montpellier.fr/fr/genet/diagnostic/>

le bon de commande, si demande extérieure