



CHU DE MONTPELLIER - PÔLE BIOLOGIE-PATHOLOGIE

SITE UNIQUE DE BIOLOGIE

Génétique constitutionnelle de l'hématologie (R+3)

Pr Alain STEPANIAN

371, av. du Doyen Gaston Giraud - 34295 MONTPELLIER Cedex 5

☎ 04 67 33 74 56 📠 04 67 33 68 68 ✉ sec-hemato-genet@chu-montpellier.mssante.fr

🌐 <http://www.chu-montpellier.fr/fr/genet/diagnostic/>

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

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

NGS : panel maladies du globule rouge

Indication :

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Suspicion d'anomalie membranaire : <ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> Sphérocytose<input type="checkbox"/> Stomatocytose<input type="checkbox"/> autre (préciser) : | <input type="checkbox"/> Suspicion d'enzymopathie érythrocytaire : <ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> G6PD<input type="checkbox"/> Pyruvate kinase |
| <input type="checkbox"/> Suspicion d'anémie sidéroblastique | |
| <input type="checkbox"/> Suspicion de dysérythropoïèse congénitale | |
| <input type="checkbox"/> Autre (préciser) : | |
| <input type="checkbox"/> Enquête familiale :
Nom du cas index :
Lien de parenté avec le cas index : | Diagnostic fait dans notre laboratoire : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non |

Origine ethnique du patient et de sa famille :

Numération sanguine (*joindre le résultat si non réalisée au CHU de Montpellier*) :

Hb : g/dL	Ferritinémie : µg/L
VGM : fl	Haptoglobulinémie : g/L
GR : T/L	Etude de l'hémoglobine : Hb A2 = % ; Hb F = %
TCMH : pg	autre :

Réticulocytes :

Recherche de corps de Heinz : positive négative non réalisée

Cadre réservé au laboratoire N° ADN : Date de réception : ID technicien réception : Nature du prélèvement : Nombre de tubes :	INFORMATIONS POUR LE PRELEVEUR / PRESCRIPTEUR <u>Modalités de prélèvement et d'envoi :</u> 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 <u>Documents obligatoires à joindre :</u> <input type="checkbox"/> cette feuille de demande complétée <input type="checkbox"/> 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/ <input type="checkbox"/> le bon de commande, si demande extérieure
---	--