



**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		

**DIAGNOSTIC GENETIQUE DE L'HEMOCHROMATOSE HEREDITAIRE**

*recherche des mutations communes*

Mutation **C282Y**

Mutation **H63D**

**Indication :**

Hémochromatose homozygote certaine

Date du diagnostic :

Saignées :  oui      depuis :  
 non

Suspicion d'hémochromatose homozygote

Enquête familiale :

Nom du cas index :

Lien de parenté avec le cas index :

**Biologie** (date :            )

• Coefficient de saturation de la transferrine :

• Ferritinémie :

Mutation **S65C** justification de la demande :

Résultat de la C282Y connu (si oui, préciser) :

Résultat de la H63D connu (si oui, préciser) :

**NB. non réalisée si C282Y et H63D normaux**

<b>Cadre réservé au laboratoire</b> N° ADN :  Date de réception :  ID technicien réception :  Nature du prélèvement :  Nombre de tubes :	<b>INFORMATIONS POUR LE PRELEVEUR / PRESCRIPTEUR</b> <b>Modalités de prélèvement et d'envoi :</b> Sang veineux sur EDTA : 1 tube de 5 mL (adulte et enfant) à étiqueter et conserver à TA ou à +4°C. <b>Ne pas congeler</b> <b>Documents obligatoires à joindre :</b> <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 <b>formulaires types disponibles sur</b> <a href="http://www.chu-montpellier.fr/fr/genet/diagnostic/">http://www.chu-montpellier.fr/fr/genet/diagnostic/</a> <input type="checkbox"/> le bon de commande, si demande extérieure
---	--