



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		

ETUDE DES GENES DE GLOBINE (alpha et/ou beta)

Indication :

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Suspicion de variant alpha globine | <input type="checkbox"/> Suspicion de variant beta globine |
| <input type="checkbox"/> Suspicion d'alpha thalassémie | <input type="checkbox"/> Suspicion de beta thalassémie |
| <input type="checkbox"/> Suspicion d'hémoglobinose H | |
| <input type="checkbox"/> Suspicion d'Hb instable | |
| <input type="checkbox"/> Suspicion d'Hb hyperaffine :
mesure de la P50 : mm Hg (<i>valeurs normales du laboratoire : mm Hg</i>) | |

Enquête familiale :

Nom du cas index :

Diagnostic fait dans notre laboratoire : oui non

Lien de parenté avec le cas index :

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	
TCMH : pg	

Etude de l'hémoglobine :

- | | | |
|---|---------------------|---------------------|
| <input type="checkbox"/> Déjà réalisée (<i>joindre le résultat si non réalisée au CHU de Montpellier</i>) | Hb A : % | fraction anormale ? |
| <input type="checkbox"/> Demandée | Hb A2 : % | Hb X1 : % |
| | Hb F : % | Hb X2 : % |

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 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 : <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
---	--