



CHU DE MONTPELLIER  
HOPITAL SAINT ELOI  
80, AVENUE AUGUSTIN FLICHE  
34295 MONTPELLIER CEDEX 5

## DEPARTEMENT D'HEMATOLOGIE BIOLOGIQUE

Pr Patricia AGUILAR-MARTINEZ

### ACTIVITE DE GENETIQUE CONSTITUTIONNELLE

Pr Patricia AGUILAR-MARTINEZ  
Dr Muriel GIANSILY-BLAIZOT  
Dr Séverine CUNAT

Secrétariat : 04 67 33 70 31/33  
Fax : 04 67 33 70 36

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

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

## 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'hémoglobinoase H  |  |
| <input type="checkbox"/> Suspicion d'Hb instable   |  |
| <input type="checkbox"/> Suspicion d'Hb hyperaffine:<br>mesure de la P50 : ..... mm Hg (valeurs normales du laboratoire : ..... mm Hg) |  |
| <input type="checkbox"/> Enquête familiale :<br>Nom du cas index : .....<br>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 : .....

### Numérations sanguine (joindre le résultat si non réalisée au CHU de Montpellier) :

Hb : ..... g/dL	Ferritinémie : ..... µg/L
VGM : ..... fl	Haptoglobémie : ..... g/L
GR : ..... T/L	
TCMH: ..... pg	

### Etude de l'hémoglobine :

- |  |                 |                    |
|--|-----------------|--------------------|
| <input type="checkbox"/> Déjà réalisée (joindre le résultat si non réalisée au CHU de Montpellier) | 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

<b>Cadre réservé au laboratoire</b> N° ADN : Date de réception : ID technicien réception : Nature du prélèvement : Nombre de tubes :	<b>INFORMATIONS POUR LE PRESCRIPTEUR</b> <b>Modalités de prélèvement et d'envoi :</b> <ul style="list-style-type: none"><li>- Sang veineux sur EDTA : adulte 2x5 mL ; enfant 5 mL</li><li>- Etiqueter chacun des tubes, les conserver à température ambiante ou à +4°C</li><li>- Ne pas congeler</li></ul> <b>Documents obligatoires à joindre :</b> <ul style="list-style-type: none"><li><input type="checkbox"/> cette feuille de demande complétée</li><li><input type="checkbox"/> l'attestation de consultation et de recueil de consentement (ou la copie du consentement écrit) des examens des caractéristiques génétiques</li></ul> <i>formulaires types disponibles sur demande</i> <ul style="list-style-type: none"><li><input type="checkbox"/> le bon de commande, si demande extérieure</li></ul>
---	--