



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

Identité du patient (étiquette) Nom : Nom de naissance : Prénom : Né(e) le : / / Sexe: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Nom du médecin prescripteur : 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:
mesure de la P50 : mm Hg (<i>valeurs normales du laboratoire : mm Hg</i>) | |
| <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 :

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 (<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 PRESCRIPTEUR Modalités de prélèvement et d'envoi : <ul style="list-style-type: none">- Sang veineux sur EDTA : adulte 2x5 mL ; enfant 5 mL- Etiqueter chacun des tubes, les conserver à température ambiante ou à +4°C- Ne pas congeler Documents obligatoires à joindre : <ul style="list-style-type: none"><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 <i>formulaires types disponibles sur demande</i> <ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> le bon de commande, si demande extérieure
---	--