



**Hôpital Lariboisière
Fernand-Widal
AP-HP**

2, rue Ambroise-Paré
75475 PARIS Cedex 10
Tél. : 01 49 95 65 65

To call from abroad, dial please :
33.1 and the last 8 numbers



**GHU APHP.Nord
– Université de Paris Cité**

SERVICE DE BIOCHIMIE

*Agrement Génétique Moléculaire
EUGT7931
Autorisation ASN M750137*

Chef de Service

Pr Jean-Louis LAPLANCHE
Tél. : 01 49 95 64 39

Cadre supérieur de Santé

Nadine RAVERA
Tél. : 01 49 95 64 22

Cadre médico-technique

Gary Labelle
Tél. : 01 49 95 91 92

Secrétariat

Amina AZZOUI
Tél. : 01 49 95 64 34
Emmanuelle NAUDIN
Murielle NIZOUX
Tél. : 01 49 95 63 00
Télécopie : 01 49 95 84 77

Biologistes médicaux

Dr Elodie AMAR

Dr Rawd ALRHEEL
Dr Samir BOUHADIBA
Pr Jacques CALLEBERT
Dr Julien FONSAERT
Dr Philippe MANIVET
Dr Elisabeth MASSON
Dr Gilles MORINEAU

✉ prenom.nom@aphp.fr

RECHERCHE DE LA PROTEINE 14-3-3 ET ETUDE DU GENE PRNP

**Médecins Prescripteurs
Laboratoires d'analyses médicales
Centres de Tri**

Mesdames, Messieurs,

La surveillance épidémiologique des ESST (Encéphalopathies subaiguës spongiformes transmissibles) est assurée depuis 2000 par le **Réseau National de Surveillance de la MCJ et des maladies apparentées**.

Les données épidémiologiques, cliniques, génétiques et neuropathologiques sur chaque cas suspect sont recueillies selon des protocoles standardisés. Toutes ces données sont centralisées.

Chaque cas signalé au Réseau est suivi jusqu'à l'obtention d'un diagnostic final (MCJ ou autre diagnostic) et d'une classification étiologique (cas sporadique, génétique, iatrogène ou vMCJ)

C'est pourquoi nous vous demandons de compléter précisément et entièrement les **documents ci-dessous qui doivent être joints à chaque demande**:

- **Le formulaire de demande de Test 14-3-3** du réseau national de Surveillance des Maladies de Creutzfeldt-Jakob et apparentées
- **La demande d'analyse pour examen des caractères génétiques** si étude génétique du gène PRNP
- **Le formulaire de consentement** (complété par le malade, la famille ou le tuteur) si étude génétique du gène PRNP
- **Les renseignements cliniques** et les **coordonnées du service et du médecin** auquel les résultats devront être adressés

et de fournir pour la facturation :

- Un **bon de commande** (Protéine 14-3-3 (N144) = BHN 350 ;
Etude du gène PRNP (N906) = BHN 570)
☞ Aucun renseignement clinique ne doit figurer sur le bon de commande

Nous vous remercions de votre compréhension, de votre aide et de votre confiance.

Professeur Jean-Louis LAPLANCHE



**Demande d'Analyses pour Examen des Caractéristiques Génétiques
(Hors Diagnostic Prénatal)**

IDENTIFICATION DU PATIENT	MEDECIN PRESCRIPTEUR
NOM : Prénom : Date de naissance : Sexe : F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Cas index <input type="checkbox"/> Apparenté à	NOM Service Hôpital UH du Service (APHP) : Coordonnées postales précises pour l'envoi du résultat : Téléphone/e-mail (zones obligatoirement renseignées)
ANALYSES	ATTESTATION D'INFORMATION Décret n°2008-321 du 4 avril 2008 « Je certifie avoir informé le (la) patient(e) sus nommé(e) des caractéristiques de la maladie recherchée, des moyens de la détecter, des possibilités de prévention et de traitement et avoir recueilli le consentement du (de la) patient(e) dans les conditions de l'article R.1131-5 » signature : _____ Tampon _____
<input type="checkbox"/> Génotype APOE <input type="checkbox"/> Maladie de Creutzfeldt-Jakob : PRNP <input type="checkbox"/> Syndrome de Gerstmann-Sträussler-Scheinker: PRNP <input type="checkbox"/> Insomnie Fatale Familiale : PRNP	Préleveur : <input type="checkbox"/> Nom <input type="checkbox"/> Prénom <input type="checkbox"/> Date et heure : .../.../..... àh.... Nature du prélèvement : <input type="checkbox"/> Sang <input type="checkbox"/> ADN extrait <input type="checkbox"/> Autre :..... <input type="checkbox"/> 1 ^{er} prélèvement <input type="checkbox"/> 2 ^{ème} prélèvement
PRELEVEMENTS <input type="checkbox"/> 2 Tubes EDTA (2 x 5 ml). <input type="checkbox"/> Conservation à + 4°C avant envoi transport à température ambiante ou +4°C	
<input type="checkbox"/> DOCUMENTS OBLIGATOIRES A JOINDRE <input type="checkbox"/> Ordonnance ou prescription médicale <input type="checkbox"/> CONSENTEMENT EN VUE D'UN EXAMEN DES CARACTÉRISTIQUES GÉNÉTIQUES <input type="checkbox"/> Renseignements cliniques ou informations spécifiques <input type="checkbox"/> Arbre généalogique éventuel	



CONSENTEMENT EN VUE D'UN EXAMEN DES CARACTÉRISTIQUES GÉNÉTIQUES

(décret n°2008-321 du 4 avril 2008 - arrêté du 27 mai 2013)

Original à conserver dans le dossier médical

1 copie à joindre au prélèvement

Conformément aux articles 1131-4 et 1131-5 du code de la Santé Publique

Je soussigné(e) **né(e) le**.....

reconnais avoir été informé(e) par le

Dr.....

de la nature des examens des caractéristiques génétiques qui seront réalisés :

- chez moi-même
- chez mon enfant mineur (nom) :né(e)

le : .../.../....

- chez la personne majeure sous tutelle (nom) :
né(e) le : .../.../....

Ces analyses génétiques entreprises auront pour objectif :

- d'aider au diagnostic éventuel de la maladie/du syndrome :
- d'aider au conseil génétique
- de réaliser une étude familiale

Le résultat me sera rendu et expliqué par le médecin qui me l'a prescrit.

Je donne mon consentement pour ce prélèvement et sa conservation et je reconnais avoir reçu l'ensemble des informations concernant la maladie recherchée et les examens demandés. J'ai compris la finalité de cet acte biologique pour moi-même et pour les membres de ma famille potentiellement concernés.

En fonction de l'évolution des connaissances sur les causes de la maladie, j'accepte que d'autres analyses génétiques puissent être faites sur ce prélèvement.

À tout moment, je pourrai demander la destruction des échantillons conservés au laboratoire. Fait à....., le.....

Signature du patient adulte
ou du représentant légal de l'enfant mineur
ou du tuteur légal de l'adulte sous-tutelle

Signature et Tampon du prescripteur

Pr J-L. LAPLANCHE (PU-PH) responsable
Tél : 01 49 95.64 39
jean-louis.laplanche@aphp.fr

Dr Elodie Amar (MCU-PH)
Tél : 01 49 95 64 34
elodie.amar@aphp.fr



GHU APHP.Nord
– Université de Paris Cité

SERVICE DE BIOCHIMIE

Agrément Génétique Moléculaire
EUGT7931
Autorisation ASN M750137

Chef de Service

Pr Jean-Louis LAPLANCHE
Tél. : 01 49 95 64 39

Cadre supérieur de Santé

Nadine RAVERA
Tél. : 01 49 95 64 22

Cadre médico-technique

Gary Labelle
Tél. : 01 49 95 91 92

Secrétariat

Amina AZZOUI
Tél. : 01 49 95 64 34
Emmanuelle NAUDIN
Murielle NIZOUX
Tél. : 01 49 95 63 00
Télécopie : 01 49 95 84 77

Biologistes médicaux

Dr Elodie AMAR

Dr Rawd ALRHEEL
Dr Samir BOUHADIBA
Pr Jacques CALLEBERT
Dr Julien FONSART
Dr Philippe MANIVET
Dr Elisabeth MASSON
Dr Gilles MORINEAU

✉ prenom.nom@aphp.fr

MALADIE DE CREUTZFELDT-JAKOB PROTOCOLE DES PRELEVEMENTS BIOLOGIQUES PROTEINE 14-3-3/ ETUDE DU GENE PRNP

PROTEINE 14-3-3 :

- 1 mL de LCS (20 gouttes) **non hémorragique, protéinorachie < 1g/L**
 - ☞ Il est recommandé de prélever le LCS dans des **tubes en polypropylène** afin de limiter l'adsorption des protéines.

ETUDE DU GENE PRNP :

- 2 tubes de 5 mL de sang sur EDTA (**bouchon violet**)
 - ☞ tubes non centrifugés

CONSERVATION DES PRELEVEMENTS :

- ☞ **INFÉRIEURE OU ÉGALE à 4 JOURS**
LCS et Tubes EDTA
 - Conserver les tubes à + 4° C (FRIGO) (non centrifugés)
- ☞ **SUPÉRIEURE à 4 JOURS**
Tubes EDTA (*Ne pas congeler*)
 - Conserver les tubes à + 4° C (FRIGO) (non centrifugés)
- LCS (*Manipulation stérile*)**
 - Centrifuger le LCS
 - Aliquoter le surnageant par 1 ml (identifier les aliquots)
 - Congeler les aliquots à -20°C.

ENVOI DES PRELEVEMENTS : (par l'intermédiaire de votre laboratoire)

- Conditionnement étanche accompagné d'un pack réfrigérant.
Ou carboglace pour LCS congelé

Emballage pour matières infectieuses de catégorie B (ONU3373).
NB : les prions ne sont pas listés en catégorie A.

Professeur Jean-Louis LAPLANCHE
Service de Biochimie
Hôpital Lariboisière
2 Rue Ambroise Paré
75475 PARIS Cedex 10

JOINDRE LES DOCUMENTS COMPLETES PAR LE PRESCRIPTEUR



**Hôpital Lariboisière
Fernand-Widal
AP-HP**

2, rue Ambroise-Paré
75475 PARIS Cedex 10
Tél. : 01 49 95 65 65

To call from abroad, dial please :
33.1 and the last 8 numbers



**GHU APHP.Nord
– Université de Paris Cité**

SERVICE DE BIOCHIMIE

*Agrément Génétique Moléculaire
EUGT7931
Autorisation ASN M750137*

Chef de Service

Pr Jean-Louis LAPLANCHE
Tél. : 01 49 95 64 39

Cadre supérieur de Santé

Nadine RAVERA
Tél. : 01 49 95 64 22

Cadre médico-technique

Gary Labelle
Tél. : 01 49 95 91 92

Secrétariat

Amina AZZOUI
Tél. : 01 49 95 64 34
Emmanuelle NAUDIN
Murielle NIZOUX
Tél. : 01 49 95 63 00
Télécopie : 01 49 95 84 77

Biologistes médicaux

Dr Elodie AMAR

Dr Rawd ALRHEEL
Dr Samir BOUHADIBA
Pr Jacques CALLEBERT
Dr Julien FONSART
Dr Philippe MANIVET
Dr Elisabeth MASSON
Dr Gilles MORINEAU

✉ prenom.nom@aphp.fr

A l'attention des laboratoires correspondants

Conditions de Transmission des résultats d'exploration de la Maladie de Creutzfeldt-Jakob

Madame, Monsieur,

Nous vous informons que :

Le délai habituel de rendu des résultats est de :

- **1 semaine** pour l'analyse de la protéine 14-3-3,
- **1 mois** pour l'analyse du gène de la protéine prion (PRNP), déclenchée si 14-3-3 positive ou sur demande documentée.

Le résultat de l'analyse de :

- La protéine 14-3-3 est adressé **au Laboratoire du Service hospitalier** qui dans un second temps le transmet au service prescripteur,
- Génétique PRNP est adressé **directement au médecin prescripteur** selon la réglementation en vigueur avec attestation de rendu du résultat au laboratoire transmetteur.

Cordialement.

Pr Jean-Louis LAPLANCHE

Dr Elodie AMAR