

INSTITUT DE BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE

- SERVICE DE TOXICOLOGIE ET GENOPATHIES -

☎ 03.20.44.48.01

FAX 03.20.44.49.57

- UF DE NEUROBIOLOGIE -

MODALITES DE PRELEVEMENT ET D'EXPEDITION (pour un prélèvement foetal, contacter le laboratoire)

Vous devez prélever du sang sur EDTA (bouchon violet) 2x5 ou 2x7 mL pour un adulte, entre 2 et 5 mL pour un enfant. Etiqueter chaque tube. Conservation et transport à température ambiante.

En général, il n'est pas nécessaire de prélever plus de deux tubes de 5 mL, même en cas de prescription d'un bilan large comportant l'ensemble des analyses de Génétique moléculaire proposées par le laboratoire de Neurobiologie. En cas de réception d'un seul tube de sang et/ou de tubes incomplets, nous pouvons être amené à demander un nouveau prélèvement sanguin lorsque plus de deux analyses sont prescrites.

Envoi d'ADN précédemment extrait possible : Microtube à vis avec vol. ≥50µL et conc. ≥50ng/µL. Envoi à température ambiante, par courrier rapide, dans une boîte rigide fermée hermétiquement.

DELAIS MOYEN DE RENDU DE RESULTATS

Analyses par MLPA = 3 mois

Recherche de mutation à type d'expansion de région répétée du génome = 6 mois

Analyses de panel de gènes par NGS = 18 mois

Contacts : Dr Vincent HUIN – vincent.huin@chu-lille.fr

Informations et documents disponibles <https://biologiepathologie.chu-lille.fr/>

nov-24

Dr Anna WISSOCQ – anna.wissocq@chu-lille.fr

ETUDE DES NEUROPATHIES HEREDITAIRES DOULOUREUSES (incluant le gène SCN9A)

Codes Analyses CIRUS (prélèvement CHU Lille) = SCN9A

PATIENT

PRESCRIPTEUR SENIOR

Nom

Nom d'épouse

Prénom

Né(e) le

Sexe

ETIQUETTE
PATIENT

Médecin

prescripteur

Téléphone

Mail

Service/Unité

TAMPON DU
MEDECIN

Joindre : - Le formulaire ci-dessous dûment rempli et/ou un courrier médical explicite

- Une copie du consentement éclairé signé et/ou de l'attestation de consultation ci-après avec obtention de consentement éclairé (Décret n°2008-321 du 4 avril 2008)

RENSEIGNEMENTS GENERAUX

Indication : Cas-index (symptomatique) ¹

Diagnostic présymptomatique ²

Diagnostic chez un apparenté symptomatique ¹

Diagnostic d'hétérozygotie chez le conjoint ²

Enquête familiale ³

Diagnostic prénatal ²

¹ LA PRESCRIPTION DE TOUT EXAMEN DE GENETIQUE doit être effectuée par un médecin connaissant la situation clinique (maladie, prise en charge thérapeutique) et les conséquences familiales et capable d'en interpréter le résultat. Soit, PAR UN MEDECIN SPECIALISTE D'ORGANE EN LIEN AVEC LA PATHOLOGIE OU UN GENETICIEN MEDICAL.

² LA PRESCRIPTION D'UN EXAMEN DE GENETIQUE CHEZ UN SUJET ASYMPTOMATIQUE doit être effectuée par un médecin exerçant au sein d'une équipe pluridisciplinaire rassemblant des compétences cliniques et génétiques. Soit, PAR UN MEDECIN AGREE EN GENETIQUE OU UN GENETICIEN MEDICAL.

³ Les comptes-rendus d'analyse de génétique pour les apparentés asymptomatiques dans le cadre d'une enquête familiale ne seront envoyés qu'à un GENETICIEN MEDICAL. (Arrêté du 27 mai 2013)

Caractère héréditaire : Oui Non

Consanguinité : Oui Non

Grossesse en cours

Origine géographique : Caucasien Autre (Précisez :

Si un apparenté a été adressé à l'UF Neurobiologie, préciser son NOM, Prénom, Date de naissance, et Lien de parenté ci-dessous.

Apparenté à :

ARBRE GENEALOGIQUE

AGE ET SIGNES DE DEBUT

Age de début :

Mode de début :

 Progressif Brutal

Signe de début :

EXAMEN NEUROLOGIQUE (entourer le ou les signes prédominants)**Douleurs** Paresthésies Douleurs neuropathiques Douleurs mécaniques

Localisations de la douleur (Précisez) :

Fréquence des crises douloureuses (Précisez) :

Durée moyenne des crises douloureuses (Précisez) :

Élément déclenchant (Précisez) :

Élément soulageant (Précisez) :

Thérapeutique efficace (Précisez) :

Anomalie de la coloration cutanée, troubles trophiques associés (Précisez) :

Troubles de sensibilité Profonde Superficielle Scoliose Pieds creux Dysautonomie (Précisez) :**Réflexes ostéotendineux** Normaux Vifs Faibles Aréflexie**Ataxie proprioceptive** Oui Non**Syndrome pyramidal** Oui Non**Syndrome cérébelleux** Oui Non**Atteinte motrice** Faiblesse musculaire proximale Faiblesse musculaire distale Amyotrophie proximale Amyotrophie distale**Atteinte de la marche ou de l'équilibre** Trouble de la marche (Précisez) : Autres atteintes neurologiques (Précisez) :**EXAMEN EXTRANEUROLOGIQUE** Atteinte Ophtalmologique (Précisez) : Atteinte ORL (Précisez) : Atteinte dermatologique (Précisez) : Autres (Précisez) :**EXAMENS COMPLEMENTAIRES**EMG : Oui Non Résultat :Potentiels évoqués : Oui Non Résultat :Biopsie nerveuse Oui Non Résultat :Bilan auto-immun Oui Non Résultat :Bilan endocrinien Oui Non Résultat :Biomarqueurs Oui Non Résultat :

Précédentes analyses de génétique en rapport avec la pathologie ET revenues négatives :

DEGRE DE CERTITUDE DU DIAGNOSTIC EVOQUE Diagnostic certain (Hérédité et aspect clinique OU anatomopathologie) Diagnostic probable Diagnostic possible Evaluation clinique impossible (Autres affections neurologiques pouvant éventuellement masquer/modifier la symptomatologie)**ANALYSES PRESCRITES / DIAGNOSTIC ENVISAGES** Analyse ciblée (Précisez) : Panel de gènes impliqués dans les neuropathies héréditaires douloureuses (incluant le gène SCN9A)**ATTESTATION DE CONSEIL GÉNÉTIQUE ET DE RECUEIL DE CONSENTEMENT**

Je soussigné(e), certifie que, conformément au Code Civil (Art. 16-10) et au Code de la Santé Publique (Art. R1131-5 ou, pour le diagnostic prénatal, Art. R2131-2), j'ai informé le sujet des caractéristiques de la pathologie, des moyens de la détecter, du degré de fiabilité des analyses, des possibilités de prévention et de traitement, des modalités de transmission génétique et leurs possibles conséquences chez d'autres membres de sa famille (Art. R1131-4) et que je suis en possession de son consentement signé dans le cadre de l'examen des caractéristiques génétiques à des fins médicales.

Date :

Signature du médecin sénior :