

FICHE DE PRESCRIPTION MÉDICALE

Séquençage de type Sanger / Confirmation & Ségrégation Familiale

1. IDENTIFICATION DU PRESCRIPTEUR

Cachet du médecin	Moyen de Contact
	Numéro de Téléphone :
	Adresse Mail :

2. IDENTIFICATION DU PATIENT (à remplir impérativement)

Nom		Prénom	
Sexe	☐ Homme ☐ Femme	Date de naissance	
Rôle dans la famille	☐ Cas Index ☐ Parent (père / mère) ☐ Fratrie ☐ Autre apparenté : _____		

3. NATURE DU PRÉLÈVEMENT

☐ Sang total EDTA (5 mL)			
Date du prélèvement		T° de conservation	

4. VARIANTS À ANALYSER (Cocher le ou les gènes concernés)

✓	Gène	Variant (nomenclature HGVS)	Pathologie / Contexte clinique
☐	F2	c.97G>A	Thrombophilie – Facteur II (Prothrombine)
☐	MEFV	c.2080A>T	Fièvre Méditerranéenne Familiale
☐	HFE	c.845G>A	Hémochromatose Héréditaire
☐	JAK2	c.1849G>T	Néoplasies Myéloprolifératives
☐	F5	c.1601G>A	Thrombophilie – Facteur V Leiden
☐	GJB2	c.35_36delGG	Surdité Neurosensorielle non syndromique
☐	SERPINA1	c.710C>A / c.863A>T	Déficit en Alpha-1 Antitrypsine
☐	SERPINA1	c.1096G>A	Déficit en Alpha-1 Antitrypsine
☐	UGT1A6	c.862-6786	(Syndrome de Gilbert)
☐	Autre (Ségrégation)		

5. CONTEXTE CLINIQUE ET INDICATION

Indication	☐ Confirmation d'un variant ☐ Ségrégation familiale ☐ Autre : _____
Remarques cliniques	

6. DOCUMENTS À JOINDRE IMPÉRATIVEMENT

☐	Copie du résultat de laboratoire décrivant le variant avec sa nomenclature HGVS (cas index)
☐	Attestation de consultation médicale et consentement éclairé signé
☐	Fiche de demande d'examen (Ordonnance)

7. SIGNATURE DU MÉDECIN PRESCRIPTEUR

Date : _____	Signature & Cachet :
--------------	----------------------

PROCÉDURE PREANALYTIQUE À RESPECTER

PRELEVEMENT

- 5 ml de sang total. Ne pas centrifuger. Ne pas congeler
- Prélever sur tube stérile EDTA pour le Séquençage Sanger.
- Conservation à température ambiante
- Les prélèvements peuvent être effectués du lundi au samedi et doivent nous parvenir le plus rapidement possible

ADMINISTRATIF

Joindre au prélèvement :

- 1) La fiche de renseignements cliniques dûment complétée.
- 2) La prescription médicale.
- 3) Le bon de commande pour les patient(e)s hospitalisées.

EN CAS DE PRISE EN CHARGE

La PRISE EN CHARGE ne sera effectuée que si les pièces suivantes sont jointes :

- l'original de la prescription médicale
- la photocopie de la carte de sécurité sociale

Contact :

Pr. O. Askander OASKANDER@cm6.ma