

Fiche de Demande d'Examen

Béta-thalassémies, Hémoglobinoses C, D, E, O, S

« Génétique Médicale »

PATIENT(E) (Champ obligatoire)

Nom : Prénom :
 Date de naissance : / / Sexe :
 Origine du père : Origine de la mère :

MEDECIN PRESCRIPTEUR/ LABORATOIRE REFERENT

Médecin prescripteur / laboratoire réfèrent : Téléphone :
 Email :

RENSEIGNEMENTS CLINIQUES ET BIOLOGIQUES (Indispensables pour la prise en charge du prélèvement)

Suspicion :
 Age de début : Electrophorèse de l'Hb
 Patient transfusé durant les 3 derniers mois : ☐ Oui ☐ Non HbA :
 Taux d'Hb : HbS :
 VGM : HbF :
 CCMH : HbA2 :

INFORMATIONS COMPLEMENTAIRES

Cas Familiaux : ☐ Oui ☐ Non
 Mutation Familiale : ☐ Oui ☐ Non
 Si oui, Précisez la mutation familiale :
 Arbre Généalogique (A joindre derrière)

EXAMENS DEMANDES

- ☐ Séquençage des régions codantes du gène *HBB*, jonctions exon-intron incluses
☐ Recherche ciblée d'une mutation familiale du gène *HBB*

Arbre Généalogique

PRE/M-EN-015-V01

