

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

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

nov-24

**ETUDE DES MIGRAINES HEMIPLEGIQUES FAMILIALES**

**Codes Analyses CIRUS (prélèvement CHU Lille) = FHM**

PATIENT		PRESCRIPTEUR SENIOR	
Nom	<i>ETIQUETTE PATIENT</i>	<u>Médecin</u>	<i>TAMPON DU MEDECIN</i>
Nom d'épouse		<u>prescripteur</u>	
Prénom		Téléphone	
Né(e) le		<u>Mail</u>	
Sexe		Service/Unité	
<p>Joindre : - Le formulaire ci-dessous dûment rempli <i>et/ou</i> un courrier médical explicite - Une copie du consentement éclairé signé <i>et/ou</i> de l'attestation de consultation ci-après avec obtention de consentement éclairé (Décret n°2008-321 du 4 avril 2008)</p>			
RENSEIGNEMENTS GENERAUX			
Indication :	<input type="checkbox"/> Cas-index (symptomatique) <sup>1</sup>	<input type="checkbox"/> Diagnostic présymptomatique <sup>2</sup>	
	<input type="checkbox"/> Diagnostic chez un apparenté symptomatique <sup>1</sup>	<input type="checkbox"/> Diagnostic d'hétérozygotie chez le conjoint <sup>2</sup>	
	<input type="checkbox"/> Enquête familiale <sup>3</sup>	<input type="checkbox"/> Diagnostic prénatal <sup>2</sup>	
<p><sup>1</sup> 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, <b>PAR UN MEDECIN SPECIALISTE D'ORGANE EN LIEN AVEC LA PATHOLOGIE OU UN GENETICIEN MEDICAL.</b>  <sup>2</sup> 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, <b>PAR UN MEDECIN AGREE EN GENETIQUE OU UN GENETICIEN MEDICAL.</b>  <sup>3</sup> Les comptes-rendus d'analyse de génétique pour les apparentés asymptomatiques dans le cadre d'une enquête familiale ne seront envoyés qu'à un <b>GENETICIEN MEDICAL.</b> (Arrêté du 27 mai 2013)</p>			

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**

## RENSEIGNEMENTS CLINIQUES

### AGE ET SIGNES DE DEBUT

Age de début : .....

Mode de début :  Progressif  Brutal

Signe de début : .....

### EXAMEN NEUROLOGIQUE (entourer le ou les signes prédominants)

#### Migraine

Fréquence des crises migraineuses (Précisez) : .....

Durée moyenne des crises migraineuses (Précisez) : .....

Élément déclenchant (Précisez) : .....

#### Aura migraineuse

- Déficit moteur  Troubles sensitif  Troubles visuels  Troubles du langage  
 Confusion  Coma  Fièvre  Crises comitiales  
 Troubles psychiatriques  Autres atteintes neurologiques résolutive (Précisez) : .....

#### Syndrome cérébelleux

- Atteintes des mb <  Atteintes des mb >  Dysarthrie cérébelleuse  Nystagmus  Atteinte IRM seule

#### Syndrome pyramidal

- Syndrome pyramidal des mb <  Syndrome pyramidal des mb >  Spasticité  Troubles sphinctériens  Crampes

#### Réflexes ostéotendineux

- Normaux  Vifs  Faibles  Aréflexie

#### Troubles de sensibilité

- Profonde  Superficielle

#### Troubles cognitivo-comportementaux

- Troubles du développement  Déficience intellectuelle  Détérioration cognitive  Troubles du comportement

#### Autres atteintes neurologiques

- Epilepsie (Précisez) : .....
- Autres (Précisez) : .....

### EXAMEN EXTRANEUROLOGIQUE

Atteinte Ophtalmologique (Précisez) : .....

Atteinte ORL (Précisez) : .....

Autres atteintes (Précisez) : .....

### EXAMENS COMPLEMENTAIRES

Scanner / IRM cérébrale :  Oui  Non Résultat : .....

EEG :  Oui  Non Résultat : .....

Examen ophtalmologique :  Oui  Non Résultat : .....

Enregistrement oculomoteur :  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 des migraines hémiplegiques familiales

### 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 :