

Joindre **OBLIGATOIREMENT**: Les consentements éclairés pour étude génétique (patient ET parents, le cas échéant)

Secrétariat: Tel : 03.20.44.40.18 – Fax : 03.20.44.68.04 - Catalogue des analyses : <https://biologiepathologie.chu-lille.fr/>

NOM de NAISSANCE :

PRENOM :

SEXE : F ☐ M ☐ DATE de NAISSANCE : / /

NOM USUEL (si différent) :

Centre demandeur : Service / Code UF :

Médecin prescripteur : Date de demande : Téléphone :

Etiquette patient

ANALYSE(S) DEMANDEE(S)

- ☐ CGH-array (CIRUS : CGPAN) ☐ qPCR (CIRUS : QPCRVP)
☐ Exome* (CIRUS : NGSDI) ☐ Séq. Sanger (CIRUS : NGSDIC)
☐ Stockage ADN ☐ Séquençage Long Read*

*accord laboratoire ou prescription par généticien

☐ **CAS INDEX** ☐ **APPARENTE** : symptomatique ☐ oui / ☐ non

Nom, DDN du cas index et lien familial**

Variation(s) recherchée(s)***

.....

.....

**identification indispensable de cas index pour études d'apparentés

***CR du cas index indispensable pour études d'apparentés

PRELEVEMENT :

1 tube EDTA 5 ml +4°C

Date Prélèvement :/...../.....

Préleveur :

- ☐ Sang
☐ ADN
☐ Tissu

☐ Prélèvement stocké

Date du plvt :/...../.....

Préleveur :

MERE

Prélevée ☐ oui / ☐ non
 symptomatique ☐ oui / ☐ non

NOM de NAISSANCE :

PRENOM :

DATE de Naissance : / /

NOM USUEL (si différent) :

PRELEVEMENT : 1 tube EDTA 5 ml +4°C

Date de prélèvement :/...../.....

Préleveur :

☐ Sang ☐ ADN ☐ Tissu

☐ Prélèvement stocké

Date de plvt :/...../.....

ANALYSE(S) DEMANDEE(S)

- ☐ qPCR (CIRUS : QPCRVP) ☐ Exome (CIRUS : NGSDIP)
☐ Sanger (CIRUS : NGSDIP) ☐ Seq. Long Read
☐ Stockage ADN

PERE

Prélevé ☐ oui / ☐ non
 symptomatique ☐ oui / ☐ non

NOM de NAISSANCE :

PRENOM :

DATE de Naissance : / /

NOM USUEL (si différent) :

PRELEVEMENT : 1 tube EDTA 5 ml +4°C

Date de prélèvement :/...../.....

Préleveur :

☐ Sang ☐ ADN ☐ Tissu

☐ Prélèvement stocké

Date de plvt :/...../.....

ANALYSE(S) DEMANDEE(S)

- ☐ qPCR (CIRUS : QPCRVP) ☐ Exome (CIRUS : NGSDIP)
☐ Sanger (CIRUS : NGSDIP) ☐ Seq. Long Read
☐ Stockage ADN

**JOINDRE IMPERATIVEMENT LA FEUILLE DE
RENSEIGNEMENTS CLINICO-BIOLOGIQUE QUI SUIT.
EN L'ABSENCE DE CES INFORMATIONS OU DES
CONSENTEMENTS ECLAIRES, L'ANALYSE SERA MISE
EN ATTENTE**

Traçabilité des contrôles - Analyses Ext

Débal		C Admi	
Etique		C Ana	
Décant			

Nom
Prénom
DDN
Date demande.....
(A remplir ou coller étiquette patient)

EPILEPSIE

Indication exploration

- | | | | |
|---------------------------------|--------------------------|-------------------------------------|--------------------------|
| > Encéphalopathie épileptique | ☐ | > Epilepsie néonatale/infantile | ☐ |
| > Epilepsie partielle familiale | ☐ | > Epilepsie myoclonique progressive | ☐ |
| > Autre | ..... |  |  |
| > Fréquence crises | ..... |  |  |
| > Pharmacorésistance | ..... |  |  |
| > Age de début | ..... |  |  |

Syndrome épileptique

- | | | | |
|---|--------------------------|------------------------------|--------------------------|
| > Encéphalopathie épileptique néonatale | ☐ | > Syndrome de West | ☐ |
| > Avec crises migrantes | ☐ | > Syndrome de Doose | ☐ |
| > Crises fébriles plus / Dravet/GEFS + | ☐ | > Syndrome de Lennox-Gastaut | ☐ |
| > Epilepsie absence/ absence myoclonique | ☐ | | |
| > Encéphalopathie épileptique POCS/ Landau Kleffner | ☐ | | |
| > Epilepsie focale | ☐ | | |
| > Autre | ..... |  |  |

Facteurs favorisants

- | | | | |
|----------|--------------------------|---------------------------------------|--------------------------|
| > Aucun | ☐ | > Sommeil | ☐ |
| > Fièvre | ☐ | > Stimulation lumineuse intermittente | ☐ |
| > Autre | ..... |  |  |

EEG

- | | | | |
|------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| > Normal | ☐ | > Suppression-Burst | ☐ |
| > Hypsarythmie | ☐ | > Anomalies multifocales | ☐ |
| > Pointes ondes généralisées | ☐ | > Pointes ondes focales | ☐ |
| > Anomalie du rythme de fond | ☐ | ..... |  |

IMAGERIE

- | | | | |
|-------|---------------------------------|-----------------------------------|---------------------------------------|
| > IRM | ☐ Normal | ☐ En cours | ☐ Non réalisée |
| | Résultat | ..... |  |
| | | | |
| | | | |

CLINIQUE

- | | | |
|---------------------------|--------------------------------------|----------|
| > Poids | kg | DS |
| > Taille | cm | DS |
| > PC | cm | DS |
| > Elements morphologiques | ☐ Pas d'objet | ..... |
| | | |
| > Cardiovasculaire | ☐ Pas d'objet | ..... |
| | | |
| > Digestif | ☐ Pas d'objet | ..... |
| | | |
| > Génito-urinaire | ☐ Pas d'objet | ..... |
| | | |
| > Squelettique | ☐ Pas d'objet | ..... |
| | | |
| > Autres | ☐ Pas d'objet | ..... |
| | | |
| | | |

GROSSESSE

- | | | |
|--|--|-------|
| ☐ Gémellaire | ☐ Echographies normales | |
| ☐ Déroulement normal | ☐ Echographies anormales | ..... |
| ☐ RCIU | ☐ Bilan cytogénétique anténatal | ..... |
| ☐ Intoxication / Infection maternelle | | |
| ☐ Accouchement à terme | | |
| ☐ Prématurité |SA | |

NAISSANCE

- | | | |
|----------|----------|----------|
| > Poids | kg | DS |
| > Taille | cm | DS |
| > PC | cm | DS |

HISTOIRE FAMILIALE

- | | | | |
|-----------------------------|------------------------------|------------------------------|-------|
| > Déficience intellectuelle | ☐ Non | ☐ Oui | ..... |
| > Epilepsie | ☐ Non | ☐ Oui | ..... |
| > Parents apparentés | ☐ Non | ☐ Oui | ..... |
| > Autres | ..... |  |  |
| | | | |

Informations sur parents

- | | Mère | Père |
|-------------------|-------------|-------------|
| > Niveau scolaire | | |
| > Activité pro. | | |
| > Antécédents | | |
| > | | |
| > | | |
| > | | |

ARBRES / INFORMATIONS ADDITIONNELLES POUR L'INTERPRETATION