



HÔPITAL HENRI MONDOR
51, ave du M^l de Lattre de Tassigny
94010 CRÉTEIL Cedex (France)
Standard : (+33) (0)1 49 81 21 11

Hémoglobinoopathies
- Laboratoire (*rendez-vous*) : 01 49 81 28 69

*étiquette du laboratoire
(ne rien inscrire)*

Identité du patient (étiquette) Nom : (Née :) Prénom : Date de naissance :/...../..... Sexe : <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Nom du médecin prescripteur : <i>en clair (tampon)</i> Téléphone : Signature :	Hôpital : <i>(étiquette du service si HMN)</i> Service : Téléphone : Date d'envoi :/...../.....	Préleveur : Téléphone (poste) : Date :/...../..... Heure :
---	---	---	---

EXPLORATION D'UNE HÉMOGLOBINOPATHIE

Formulaire à remplir par le médecin prescripteur et à joindre à tout échantillon sanguin.

Les études génétiques doivent faire l'objet d'un consentement éclairé écrit du patient (Code civil et Code de la santé publique) :
en cas de demande de génotypage, **joindre une attestation de consentement éclairé** (exemplaires de consentement et attestation disponibles auprès du Laboratoire).

ÉTUDE DE L'HÉMOGLOBINE / TEST FONCTIONNEL (ÉTUDE PHÉNOTYPIQUE)

<input type="checkbox"/> Étude standard de l'hémoglobine	1 tube ACD (BD Vacutainer®) ou CPDA (Sarstedt®) conservé à + 4°C et acheminé à température ambiante si rapide (24 heures), sinon à + 4°C **
<input type="checkbox"/> Suivi des patients drépanocytaires (<i>dosage HbF, HbS, HbC, ...</i>)	
<input type="checkbox"/> Recherche et typage d'un variant de l'hémoglobine *	1 flacon NED (<i>fourni par le laboratoire avec protocole</i>)
<input type="checkbox"/> Recherche d'une hémoglobine instable * (<i>sur rendez-vous</i>)	
<input type="checkbox"/> Recherche d'une hémoglobine d'affinité modifiée * (<i>mesure de la P₅₀ : examen sur rendez-vous</i>)	
<input type="checkbox"/> Étude de la densité érythrocytaire par la méthode des phtalates (<i>sur rendez-vous</i>)	1 tube hépariné acheminé extemporanément à température ambiante (sinon, dans les 24 h à + 4°C) **

GÉNOTYPAGE

<input type="checkbox"/> En cas d'hémoglobinoopathie avérée, caractérisation moléculaire du locus ou des loci génétique(s) (<i>recherche de la ou des mutations</i>) Le génotypage est à prévoir de façon systématique pour les études marquées d'un astérisque (*), mais il sera effectué uniquement en fonction des résultats obtenus	2 tubes EDTA ** + joindre un compte-rendu détaillé (anamnèse, origine géographique, etc.), un arbre généalogique, un bon de commande et une attestation de consentement pour chaque individu testé
--	---

** détail des conditions pré-analytiques sur demande au Laboratoire

CONTEXTE CLINIQUE ET BIOLOGIQUE INDISPENSABLE À L'INTERPRÉTATION DES RÉSULTATS (RENSEIGNER OBLIGATOIREMENT) :

TRANSFUSION(S) RÉCENTE(S) (< 3 mois) : Non Oui (date : unités :)

PARAMÈTRES HÉMATOLOGIQUES (ou joindre une numération récente) :

Hématies	Hémoglobine	Hématocrite	VGM
TCMH	CCMH	IDH (RDW)	Réticulocytose
Ferritine	Fer sérique	Transferrine	Coeff. de saturation
LDH	Bilirubine totale	Bilirubine conjuguée	Haptoglobine

CONTEXTE CLINIQUE (ou joindre un compte-rendu détaillé) :

<input type="checkbox"/> Anémie	<input type="checkbox"/> Hémolyse	<input type="checkbox"/> Carence martiale	<input type="checkbox"/> Hémochromatose
<input type="checkbox"/> Microcytose	<input type="checkbox"/> Polyglobulie	<input type="checkbox"/> Grossesse (terme/SA)	<input type="checkbox"/> Dépistage / Conseil génétique

Autres renseignements cliniques et traitement en cours (*voir également au verso*) :

ADRESSE POUR L'ACHEMINEMENT DES ÉCHANTILLONS SANGUINS PAR COURSIER :
Service de Biochimie – U.F. de Génétique – Hôpital Henri Mondor – 94000 CRÉTEIL (Val-de-Marne, France)

Adresse pour le retour des résultats :

Cadre réservé au laboratoire

N° de famille : N° ADN :

Date/heure de réception : le/...../..... à H

Paraphe technicien réception :

Nature de l'échantillon : / nb. de tubes :