


<b>G.H.E</b>	<b>BIO34425-1-C-RCARYTHM-2010-10-20</b>	<b>ENREGISTREMENT</b>	
<b>C.B.P.E</b>		Norme 15189	5.4
Cardiopathies à risque de Mort Subite	<b>DEMANDE DE DIAGNOSTIC MOLECULAIRE - TROUBLES DU RYTHME -</b>	Date d'application	20/10/2010
		Date de révision	20/10/2012
Page 1 sur 2			

<b>Laboratoire de Cardiogénétique Moléculaire</b> <b>Troubles du rythme et Cardiomyopathies</b> Centre de Biologie et Pathologie EST Groupement Hospitalier EST 59 Boulevard Pinel - 69677 BRON CEDEX Tél: 0472129586 ou 0472129674	<b>HOSPICES CIVILS DE LYON</b>  Hôpitaux de Lyon
--	---

Praticien responsable: Pr Robert Rousson *courriel* : [robert.rousson@chu-lyon.fr](mailto:robert.rousson@chu-lyon.fr)  
 Biologiste: Dr Gilles Millat *courriel* : [gilles.millat@chu-lyon.fr](mailto:gilles.millat@chu-lyon.fr)  
 Laboratoire: 04 72 12 95 86 (☎); Secrétariat : 04 72 12 96 27 (☎); 04 27 85 59 00 (☎)

Prescripteur	Préleveur
Nom et Prénom : .....	Nom et Prénom : .....
Service : .....	Service : .....
Institution : .....	Date et heure : .....
Adresse : .....	
.....	
Téléphone : ..... Fax : .....	
Courriel : .....	

**PATIENT** (si possible, coller l'étiquette du patient)

**Nom et Prénom** : .....

*Nom de jeune fille* : .....

**Date de naissance** : .....

**Sexe** :  M  F

**Origine ethnique** : .....

**Nature du prélèvement** :  Sang (2 tubes EDTA à conserver à T° ambiante (72 h max))  
 ADN  Autre (préciser) : .....

**ANALYSE MOLECULAIRE DEMANDEE**

**1- Exploration moléculaire complète**

*Syndrome du QT Long (QTL)* [gènes explorés : KCNQ1, KCNH2, SCN5A, KCNE1, KCNE2]  
 *Syndrome de Brugada (BS)* [gène exploré : SCN5A]  
 *Syndrome de la Mort Inattendue du nourrisson (MSIN)* [gènes explorés : KCNQ1, KCNH2, SCN5A]  
 *Syndrome de Jervell et Lange-Nielsen (JLNS)* [gènes explorés : KCNQ1, KCNE1]  
 *Autres (Syndrome du QT court, syndrome d'Andersen, Fibrillation Atriale,...)* : .....

**2- Confirmation d'une mutation précédemment identifiée chez un cas index**

**Pathologie** :  QTL  BS  MSIN  JLNS  Autre .....

**Mutation à confirmer** (description précise de la mutation) : .....

**3- Recherche directe d'une mutation chez un apparenté**

**Pathologie** :  CMH  CMD  CMR  Autres

**Mutation à rechercher** (description précise de la mutation) : .....

**S'agit-il du 1<sup>er</sup> prélèvement**  **du 2<sup>nd</sup> prélèvement**

## **INFORMATIONS CLINIQUES**

*Age du diagnostic :* .....

*Valeur QTc :*

*Sus décalage du segment ST :*       Oui    Non

*Asymptomatique*

*Symptomatique*      Syncope :               Oui    Non  
Torsade de pointe :       Oui    Non  
Mort Subite :               Oui    Non

*Informations Complémentaires :* .....

.....  
.....  
.....  
.....

## **HEREDITE** (Joindre une copie de l'arbre généalogique)

*Nombre d'individus atteints dans la famille :* .....

*Nombre de générations concernées :* .....

*Consanguinité des parents :*    Non       Oui      Si oui, degré de consanguinité : .....

Je soussigné, Dr....., certifie que, conformément au Code Civil (Article 16-10) et au Code de la Santé Publique ((Article L1131-1), je suis en possession du consentement éclairé signé par le sujet dans le cadre du diagnostic moléculaire.

Date

Identification et signature de prescripteur