



Laboratoire de Génétique Moléculaire  
 Docteur R. TOURAINE - Docteur M. LEBRUN  
 CHU HOPITAL NORD - Pavillon de Biologie  
 42055 SAINT ETIENNE cedex 2  
 Tél : 04.77.82.88.09 Fax : 04.77.82.82.59

Prélèvement sanguin : 4 à 10 ml sur tube EDTA (1 ou 2 tubes)  
 A nous adresser à température ambiante

Dyschondrostéose }  
 Petite taille idiopathique }  
 Langer }  
 Merci de cocher la case correspondant au diagnostic

Taille du patient = Taille Mère = Taille Père =  
 Envergure :  OUI  NON  
 Rapport Taille assise/Taille > 55,5%  OUI  NON  
 IMC > 50ème p  OUI  NON  
 Cubitus valgus  OUI  NON  
 Avant bras court  OUI  NON  
 Incurvation de l'avant-bras  OUI  NON  
 Déformation Madelung clinique  OUI  NON  
 Apparete hypertrophie musculaire  OUI  NON  
 Palais ogival  OUI  NON  
 Aspect radiologique de dyschondrostéose  OUI  NON  
 Autres personnes a priori porteuses (= forme familiale) ?  OUI  NON  
 Arbre généalogique :

\* Si possible : nous transmettre par mail ([biomol.genetiques@chu-st-etienne.fr](mailto:biomol.genetiques@chu-st-etienne.fr)) ou par courrier, un bilan radiologique (main gauche-avant bras-coude face)

**IDENTITE PATIENT**

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_  
 Nom de jeune fille : \_\_\_\_\_ Sexe : M F  
 Date de naissance : \_\_\_\_\_  
 Adresse : \_\_\_\_\_  
 Code postal : \_\_\_\_\_ Ville : \_\_\_\_\_  
 Téléphone : ...../...../...../...../.....

**MEDECIN PRESCRIPTEUR**

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_  
 Qualité : \_\_\_\_\_ UF : \_\_\_\_\_  
 Service : \_\_\_\_\_  
 Etablissement : \_\_\_\_\_  
 Adresse ou tampon : \_\_\_\_\_  
 Tél. : ...../...../...../...../.....  
**SIGNATURE OBLIGATOIRE ATTESTANT DE LA PRESCRIPTION :**

ANALYSE DEMANDEE :

**ETUDE du gène SHOX**

(Délétions par MLPA puis recherche mutation ponctuelle/DHPLC-séquençage)

Date de prescription : ...../...../.....  
 Date du Prélèvement : ...../...../..... à ..... heures....  
 Nom du préleveur : .....  
 Lieu du prélèvement : .....  
 Date de réception : ...../...../..... à ..... heures....  
 Nombre de tubes : .....  
 Nom du réceptionneur : ..... **NON CONFORMITE**