

**Médecin prescripteur (senior obligatoire)**

Nom : ..... Signature (obligatoire) :  
Prénom : .....  
Téléphone : .....  
Fax : .....



**Identité Patient**

Nom de naissance : .....  
Nom usuel : .....  
Prénom : .....  
Date de naissance : ...../...../..... Sexe :  M  F

**Prescripteur APHP  
(étiquette UH)**

Identifiant APHP : .....

Etiquette UH

**Prescripteur extérieur  
(hors APHP)**

Identifiant RPPS: .....  
Hôpital : .....  
Service : .....  
Adresse : .....  
Ville : ..... CP : .....

**Préleveur**

Nom : .....  
Prénom : .....  
Fonction : .....  
Tél : .....  
Date : ...../...../.....

**Exploration génétique des anomalies dentaires rares isolées**

**Sujet prélevé :**  Atteint  Non atteint  
**Histoire familiale :**  Oui  Non  
*(si oui, joindre une copie de l'arbre généalogique)*  
**Consanguinité :**  Oui (préciser sur l'arbre)  Non  Sans objet

**Famille / cas index connu ?**

Oui, dans notre laboratoire  
**Nom et prénom du cas index :** .....  
 Oui, dans un autre laboratoire (joindre une copie du résultat)  
 Non

**PATHOLOGIES**

- **Amélogénèse imparfaite et anomalies de l'émail (panel) .....**   
Gènes : *ACP4, AMBN, AMELX, AMTN, ENAM, CNNM4, COL17A1, DLX3, FAM20A, FAM83H, GPR68, ITGB6, KLK4, LAMA3, LAMB3, LTBP3, MMP20, ODAFH, RELT, SLC24A4, WDR72*
- **Dentinogénèse imparfaite et anomalies de la dentine (panel) .....**   
Gènes : *COLIA2, DSPP, SMOC2, SSUH2, TGFBR2, TRIP-10, VPS4B*
- **Hypodontie, Oligodontie, Anodontie (panel).....**   
Gènes : *ATP6V1B2, AXIN2, CDH3, DSP, EDA, EDAR, EDARADD, FGFR2, GJB6, GREM2, GRHL2, IFT122, IFT43, IKBKG/NEMO, KCTD1, KREMEN1, LRP6, MSX1, NECTIN1(PVRL1), NECTIN4(PVRL4), PAX3, PAX9, PKP1, POC1A, SHH, TP63, TSPEAR, WDR19, WDR35, WNT10A, WNT10B*
- **Hyperdontie (panel).....**   
Gènes : *CACNA1S, RUNX2*
- **Trouble de l'éruption dentaire (panel) ...**   
Gènes : *FGFR2, PTHRI, RUNX2, STAT3*

- JOINDRE**
- un résumé clinique .....
  - l'arbre généalogique (si forme familiale).....
  - les photos intra-buccales et/ou l'orthopantomogramme .....

INFORMATIONS POUR LE PRESCRIPTEUR : <https://hupc.manuelprelevement.fr/>

**MODALITES DE PRELEVEMENT ET D'EXPEDITION :**

- Prélèvement sur tubes E.D.T.A. 5 à 10 ml de sang pour un adulte, 2 à 3 ml de sang pour un enfant.

- Expédition : envoi par courrier rapide des tubes étiquetés et protégés dans une boîte rigide et hermétique à température ambiante.

NE PAS CONGELER LES TUBES

**DOCUMENTS A JOINDRE A TOUT PRELEVEMENT :**

- Cette feuille de prescription **remplie et signée** par le prescripteur
- L'attestation d'information et de recueil de consentement (ou la copie du consentement écrit)
- Bon de commande (pour les hôpitaux hors APHP)

COTATION DE L'EXAMEN : N350, N351 ou N353 selon indication

Laboratoire autorisé à exercer l'activité de soins « examen des caractéristiques génétiques d'une personne ou identification d'une personne par empreintes génétiques à des fins médicales »