



Hôpital Armand  
TROUSSEAU

**LABORATOIRE DE BIOCHIMIE**  
**Dr R.COUDERC** - Hôpital Armand Trousseau  
26, avenue du Docteur Arnold Netter -  
75571 Paris cedex 12 - 01.44.73.67.00

**RECHERCHE DE MUTATIONS  
DANS LES GENES DE SURDITE**

Responsable : Dr Delphine FELDMANN : 01.44.73.68.67  
Secrétariat Tél : 01 44 73 66 57 - Fax : 01 44 73 66 87

Numéro laboratoire :

<b>PATIENT :</b> <i>Étiquette GILDA ou</i>	<b>SERVICE demandeur :</b> <i>tampon du service ou</i>
Nom :	Service :
Prénom : NIP :	(Unité) :
Sexe : <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M NDA :	Tél. :
Date de naissance : ...../...../.....	Fax :
<b>PRESCRIPTEUR</b>	<b>PRELEVEUR</b>
Nom du prescripteur : .....	Nom du préleveur :
Signature :	.....
Tél. ou Bip : .....	Date du prélèvement :
.....	.....

Délai de réponse attendue\* :

Raison de ce délai\* :

(\* : obligatoire si urgence)

<b>Examens demandés :</b>	<input type="checkbox"/> Connexine 26	<input type="checkbox"/> Mutations mitochondriales
	<input type="checkbox"/> Connexine 30	<input type="checkbox"/> SLC26A4 (PDS) Pendred
	<input type="checkbox"/> Connexine 31	<input type="checkbox"/> Autre :.....

Les études génétiques doivent faire l'objet d'un consentement écrit du patient (article L.145-15 de la loi n°94-654 du 29 juillet 1994).  
Consentement signé:  oui  non

<b>PATIENT :</b> <b>Lien de parenté avec la personne sourde :</b> <input type="checkbox"/> elle-même <input type="checkbox"/> conjoint/e <input type="checkbox"/> père <input type="checkbox"/> mère <input type="checkbox"/> autre (préciser) :	<b>Préciser impérativement l'identité de la personne sourde :</b> Nom : ..... Prénom : ..... Génotype : <input type="checkbox"/> non connu <input type="checkbox"/> connu : ..... Consanguinité : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non Origines géographiques, lieu de naissance : ..... Joindre un arbre généalogique.
--	--

<b>Caractéristique de la Surdité chez la personne atteinte :</b>			
Date d'apparition :	<input type="checkbox"/> avant 3 ans	<input type="checkbox"/> entre 4 et 10 ans	<input type="checkbox"/> entre 11 et 20 ans <input type="checkbox"/> > 20 ans
Surdité de :	<input type="checkbox"/> perception	<input type="checkbox"/> transmission	
Déficit auditif :	<input type="checkbox"/> léger	<input type="checkbox"/> moyen	<input type="checkbox"/> sévère <input type="checkbox"/> profond
Atteinte :	<input type="checkbox"/> symétrique	<input type="checkbox"/> asymétrique	
Evolutivité :	<input type="checkbox"/> stable	<input type="checkbox"/> �volutive	
Surdité :	<input type="checkbox"/> isolée	<input type="checkbox"/> associée à d'autres signes cliniques	
	<input type="checkbox"/> sporadique	<input type="checkbox"/> familiale	transmission : <input type="checkbox"/> autosomique récessive <input type="checkbox"/> dominante <input type="checkbox"/> maternelle
Age de la marche : .....			

<b>Examens effectués chez la personne sourde :</b>	
Fond d'�il	<input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui (résultats) : .....
Scanner du rocher	<input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui (résultats) : .....
Recherche d'hématurie, protéinurie	<input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui (résultats) : .....
Epreuves vestibulaires	<input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui (résultats) : .....
Epreuves thyroïdiennes	<input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui (résultats) : .....
Autres examens paracliniques : .....	

**Tournez SVP ⇨**

## MODALITES DE PRELEVEMENT ET D'EXPEDITION

**Prélèvement** : sur EDTA (tubes à bouchon violet)

- 10ml de sang pour un adulte, 2,7 ml pour un enfant.
- étiqueter chacun des tubes
- bien agiter après le prélèvement
- conserver à température ambiante

**Envoi** à température ambiante :

- dans une boîte rigide fermée hermétiquement
- tubes bien protégés (coton, papier à bulles)

Fédération de Génétique  
Laboratoire de Biochimie Génétique  
(Professeur Jacques ELION)

Hôpital Robert Debré  
48, boulevard Sérurier – 75935 Paris cedex 19  
tel : 01 40 03 57 11 – fax : 01 40 03 22 77

**CONSENTEMENT POUR UNE ETUDE DE GENETIQUE MOLECULAIRE  
DANS UN BUT DIAGNOSTIQUE**

*consentement établi en 3 exemplaires dont 1 remis à l'intéressé(e)*

Je soussigné(e).....  
né(e) le ....., demeurant à ..... autorise le  
Docteur ..... à effectuer chez moi / ou chez mon enfant  
..... un prélèvement sanguin afin de réaliser une étude génétique moléculaire  
qui peut aider au diagnostic, ou à la prévention, de la maladie dont je souffre, ou que présente(nt) un ou  
plusieurs membres de ma famille. Cette étude diagnostique concerne  
.....

Les examens génétiques ne peuvent être prescrits chez un mineur que si ce dernier ou sa famille peuvent  
personnellement bénéficier de mesures préventives ou curatives immédiates (c. santé pub., art R. 145-15-5).

Je consens au recueil, à la saisie et au traitement des données contenues dans mon dossier médical par des  
personnes tenues au secret professionnel. Les données qui me concernent resteront strictement  
confidentielles. Je n'en autorise la consultation qu'aux personnes qui collaboreront à l'analyse.  
Conformément aux dispositions de la loi n°78-17 du 06 janvier 1978, relative à l'informatique, aux fichiers  
et aux libertés, je dispose d'un droit d'accès aux données qui me concernent par l'intermédiaire d'un médecin  
de mon choix. Cette étude sera faite dans le Laboratoire du .....

Seul le Docteur ....., ou les personnes mandatées par lui, pourront faire  
procéder aux examens dont il m'a parlé dans le seul objectif auquel je souscrit.

Je déclare que j'ai été informé(e) des caractéristiques de la maladie recherchée, des moyens de la détecter,  
des possibilités de prévention et de traitement (c. santé pub., art R. 145-15-5).

A tout moment je peux demander que l'étude entreprise soit interrompue et à cette fin les données concernant  
mon dossier devront être détruites, ou que les résultats ne me soient pas communiqués.

Fait à ....., le .....

Signature du Médecin

Signature du Patient (avec la mention lu et approuvé)