

**Etiquette GILDA Patient**

Nom : .....  
Prénom : .....  
Date de Naissance : .....  
Sexe : M  F

ETIQUETTE  
Service de soin  
UH

**PRESCRIPTEUR**

Nom : .....  
Tel : .....  
N° RPPS ou N° APH :  
.....

**PRELEVEUR**

Nom : .....  
N° ADELI : .....  
Date : .....  
Heure : .....

**ÉTUDE GÉNÉTIQUE DANS LE CADRE D'UNE ANOMALIE DU DÉVELOPPEMENT SEXUEL**

EXAMEN DEMANDÉ	RENSEIGNEMENTS CLINIQUES
<input type="checkbox"/> PANEL NGS Anomalies du développement sexuel* *Liste des gènes disponible sur demande <input type="checkbox"/> ACPA (Analyse chromosomique sur puce à ADN) SNP <input type="checkbox"/> SRY <input type="checkbox"/> AR <input type="checkbox"/> NR5A1 (SF1) <input type="checkbox"/> NROB1 (DAX1) <input type="checkbox"/> MAMLD1	<b>Circonstances de découverte</b> <input type="checkbox"/> A la naissance <input type="checkbox"/> Hypospadias <input type="checkbox"/> Micropénis <input type="checkbox"/> Persistance de structures Mülleriennes <input type="checkbox"/> Ectopie : D / G <input type="checkbox"/> Cryptorchidie : D / G <input type="checkbox"/> Scrotum bifide <input type="checkbox"/> Fusion postérieure <input type="checkbox"/> Autres malformations ..... <input type="checkbox"/> Aménorrhée primaire <input type="checkbox"/> Syndrome d'insensibilité aux androgènes <input type="checkbox"/> Insuffisance ovarienne prématurée <input type="checkbox"/> Infertilité <input type="checkbox"/> Autres .....
MODALITÉS DE PRÉLEVEMENT ET D'EXPÉDITION	RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES
2 tubes EDTA de 5 ml - Étiqueter chacun des tubes avec les Nom, Prénom, Date de naissance du patient. Conserver à température ambiante ou au mieux à +4°C.  Adresser au Dr. HYON – Département de Génétique Hôpital Armand Trousseau – Bâtiment K Schwartz	<input type="checkbox"/> Bilan biologique Age lors de la réalisation des dosages : ..... Testostérone ..... Delta 4 androstènedione ..... LH ..... FSH ..... AMH ..... Inhibine B ..... Oestradiol .....
ANTÉCÉDANTS FAMILIAUX	RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES
<input type="checkbox"/> DSD ..... <input type="checkbox"/> Hypospadias <input type="checkbox"/> Micropénis <input type="checkbox"/> Persistance de structures Mülleriennes <input type="checkbox"/> Ectopie / Cryptorchidie <input type="checkbox"/> Traitement par Distilbène de la grand-mère maternelle <input type="checkbox"/> Insuffisance ovarienne prématurée <input type="checkbox"/> Infertilité <input type="checkbox"/> Autres .....	<input type="checkbox"/> Examens cytogénétiques Résultat du caryotype ..... <input type="checkbox"/> SRY présent
ARBRE GÉNÉALOGIQUE	<input type="checkbox"/> Examen anatomopathologique (joindre un compte-rendu)
<input type="checkbox"/> Origine géographique .....	<input type="checkbox"/> Imageries médicales (joindre si possible un compte-rendu) <input type="checkbox"/> Echographie pelvienne <input type="checkbox"/> IRM <input type="checkbox"/> Génitographie <input type="checkbox"/> Autre .....

**JOINDRE OBLIGATOIREMENT LE CONSENTEMENT DU PATIENT ET L'ATTESTATION DU MEDECIN**