

Numéro de dossier	
Date de réception	
Numéro de la demande	

(Réservé à LabGenetics)

DEMANDE DE DIAGNOSTIC GÉNÉTIQUE DE MALADIES MÚSCULO-SQUELETTIQUES

PATIENT OU DONNEUR DE L' ÉCHANTILLON		
Prénom	Nom:	
Carte d'Identité:	Âge:	Nº Dossier Clinique:
Antécédents:		

CENTRE MÉDICAL OU LABORATOIRE		
Nom o Raison Sociale:		CIF/NIF:
Adresse:		Ville:
Province:	Code Postal:	Province:
Fax:	Courrier électronique :	

ÉCHANTILLONS ENVOYÉS*		
Référence	Type d'échantillon (Brève description)	Code LabGenetics

ANALYSE DEMANDÉ	
<input type="checkbox"/> ACHONDROPLASIE	<input type="checkbox"/> OSTEOGÉNÈSE IMPARFAITE
<input type="checkbox"/> DYSTONIE TORSION PRÉCOCE	<input type="checkbox"/> Séquençage complet du gène COL1A1
<input type="checkbox"/> DYSTONIE TRAITÉE PAR DOPA (DYT5)	<input type="checkbox"/> Séquençage complet du gène COL1A2
<input type="checkbox"/> DYSTONIE MYOCLONIQUE (DYT11)	<input type="checkbox"/> OSTEOPETROSE
<input type="checkbox"/> DYSTONIE PARKINSONIENNE PRÉCOCE (DYT12)	<input type="checkbox"/> Séquençage complet du gène OSTM1
<input type="checkbox"/> DYSTROPHIE MYOTONIQUE DE STEINERT	<input type="checkbox"/> Séquençage complet du gène TIRC7
<input type="checkbox"/> DYSTROPHIE MUSCULAIRE DE DUCHENNE et BECKER	<input type="checkbox"/> Séquençage complet du gène CLCN7
<input type="checkbox"/> SCLÉROSE LATÉRALE AMYOTROPHIQUE (ALS1)	<input type="checkbox"/> OSTEOPOROSE
<input type="checkbox"/> HYPOCHONDROPLASIE	<input type="checkbox"/> Polymorphismes <i>BsmI</i> , <i>Apal</i> , <i>TaqI</i> et <i>FokI</i> - gène VDR
<input type="checkbox"/> MYOPATHIE NÉMALITIQUE TYPE 1	<input type="checkbox"/> Polymorphismes Pro463Leu sur le gène CTR
<input type="checkbox"/> MYOPATHIE NÉMALITIQUE TYPE 2	<input type="checkbox"/> Polymorphismes PCOL2 et Sp1 sur le gène COL1A1
<input type="checkbox"/> MYOPATHIE NÉMALITIQUE TYPE 3	<input type="checkbox"/> Polymorphismes PvuII et XbaI sur le gène ESR1
<input type="checkbox"/> MYOPATHIE NÉMALITIQUE TYPE 4	<input type="checkbox"/> Polymorphismes -572G-C et -174 G-C - gène IL-6
<input type="checkbox"/> PATHOLOGIE MASSE OSSEUSE IMPORTANTE ACROMÉGALIE	<input type="checkbox"/> SYNDROME D'OSTÉOROPPOSE-PSEUDOGLIOME
<input type="checkbox"/> DIAGNOSTIC A LA CARTE: _____	

À _____, le _____ 200__

Nom: _____ Signature : _____

L'ensemble des informations à caractère personnel contenues dans le présent formulaire sont incorporées, tout comme les résultats des analyses, à un fichier qui reste sous la responsabilité de LabGenetics. Conformément à la législation en vigueur, toutes les personnes évoquées sur le présent document pourront exercer leur droit d'opposition, d'accès, de rectification et d'annulation, par voie de courrier électronique dûment identifié, à l'adresse info@labgenetics.com.es.

Envoi des Résultats	<input type="checkbox"/> Courrier ordinaire	<input type="checkbox"/> Fax	<input type="checkbox"/> Courrier électronique
---------------------	---	------------------------------	--