

Numéro de dossier	
Date de réception	
Numéro de la demande	

(Réservé à LabGenetics)

DEMANDE DE DIAGNOSTIC GÉNÉTIQUE DE MALADIES NEUROLOGIQUES

PATIENT OU DONNEUR DE L' ÉCHANTILLON		
Prénom	Nom:	
Carte d'identité:	Âge:	N° 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"/> ALZHEIMER FAMILIAL PRÉCOCE	<input type="checkbox"/> MALADIE DE TAY-SACHS
<input type="checkbox"/> ALZHEIMER TARDIF	<input type="checkbox"/> Mutations 1277insTATC, 1421+1G>C et G269S.
<input type="checkbox"/> ATAXIE DE FRIEDREICH	<input type="checkbox"/> Séquençage complet du gène HEXA
<input type="checkbox"/> ATAXIES SPINOCEREBRALES	<input type="checkbox"/> NEURODÉGÉNÉRESCENCE ASSOCIÉE À PANTOTHENASE KINASA
<input type="checkbox"/> ATROPHIE SPINO-MUSCULAIRE	<input type="checkbox"/> NEUROPATANTE TOMACULAIRE (HNPP)
<input type="checkbox"/> ATROPHIE SPINOULBAIRE DE KENNEDY	<input type="checkbox"/> Délétion CMT1A (17p11.2) sur le gène PMP22
<input type="checkbox"/> CADASIL (ARTERIOPATHIE CEREBRAL)	<input type="checkbox"/> Séquençage complet du gène PMP22
<input type="checkbox"/> Séquençage des exons 3 et 4.	<input type="checkbox"/> PARKINSON FAMILIAL DOMINANT (PARK1)
<input type="checkbox"/> Séquençage des exons 5, 6, 11, 12, 18 et 19.	<input type="checkbox"/> PARKINSON JUVENIL RECESSIF (PARK2)
<input type="checkbox"/> CORÉE DE HUNTINGTON	<input type="checkbox"/> PARKINSON DOMINANT - CORPS DE LEWY (PARK4)
<input type="checkbox"/> CHARCOT-MARIE-TOOTH TYPE 1A	<input type="checkbox"/> SYNDROME DE MOWAT-WILSON
<input type="checkbox"/> Duplication CMT1A (17p11.2) sur le gène PMP22	<input type="checkbox"/> SYNDROME DE RETT
<input type="checkbox"/> Séquençage complet du gène PMP22	<input type="checkbox"/> SYNDROME DU X FRAGILE (FRAX)
<input type="checkbox"/> CHARCOT-MARIE-TOOTH TYPE 1X	<input type="checkbox"/> SURDITÉ NEUROSENSORIELLE NON SYNDROMIQUE
<input type="checkbox"/> CHARCOT-MARIE-TOOTH TYPE 1B	<input type="checkbox"/> Mutation 35delG sur le gène GJB2 (Conexine 26)
<input type="checkbox"/> CHARCOT-MARIE-TOOTH TYPE 1D	<input type="checkbox"/> Séquençage complet du gène GJB2 (Conexine 26)
<input type="checkbox"/> DÉMENCE FRONTOTEMPORALE	<input type="checkbox"/> Séquençage complet du gène GJB6 (Conexine 30)
<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
---------------------	---	------------------------------	--