Laboratoire Cerba
Service de la Relation Client
Tél. : +33 (0)1 34 40 20 20
Fax : +33 (0)1 34 40 21 29
Email : src@lab-cerba.com

METAglut1™

SYNDROME DE DEFICIT EN TRANSPORTEUR DU GLUCOSE GLUT1 (GLUT1DS)

PRÉLÈVEMENT – Sang total EDTA

N°Client : C└┴┴┴┴┴┴┘ /└┴┘

Date de prélèvement └┴┴┘└┴┴┘└┴┴┴┴┘

Heure de prélèvement └┴┘ **h** └┴┘ **min**

Cachet Laboratoire Préleveur

PATIENT(E) *(âgé(e) de plus de 90 jours uniquement)*	PRESCRIPTEUR
NOM ……	NOM ……
PRÉNOM ……	PRÉNOM ……
Nom de naissance……	Adresse ……
Adresse ……	CP …… Ville ……
CP …… Ville ……	Tél. └┴┘└┴┘└┴┘└┴┘└┴┘
Date de naissance : └┴┴┘└┴┴┘└┴┴┴┴┘	Fax └┴┘└┴┘└┴┘└┴┘└┴┘
Origine géographique :	Adresse e-mail : ……
☐ Europe ☐ Afrique du Nord ☐ Afrique sub-saharienne	
☐ Réunion ☐ Antilles, Guyane ☐ Asie	**Signature :**

TEST DEMANDÉ

☐ **TEST METAGLUT1™ : ANALYSE DU TRANSPORTEUR ÉRYTHORCYTAIRE DU GLUCOSE GLUT1 PAR CYTOMÉTRIE DE FLUX** *(Code OPL : GLUDS)*

Sang total EDTA - conservation et envoi au Laboratoire CERBA sous **4 jours maximum** - **température : +4°C**
Volume minimum requis pour l'analyse par cytométrie en flux : 500 µL

Le prélèvement destiné à l'analyse du transporteur érythrocytaire du glucose GLUT1 par cytométrie en flux est conservé pendant 30 jours. A votre demande et dans ce délai, nous sommes en mesure de pouvoir réaliser l'analyse secondaire du gène *SLC2A1*

INDICATION

FORMES TYPIQUES :

☐ Encéphalopathie avec épilepsie pharmaco-résistante et microcéphalie, **ou**

☐ Épilepsie pharmaco-résistante pouvant comprendre des absences avant l'âge de 4 ans

FORMES ATYPIQUES : formes inexpliquées (c'est-à-dire absence d'argument pour une cause infectieuse, inflammatoire ou tumorale) de :
(plusieurs cases peuvent être cochées)

☐ Épilepsie

☐ Troubles du développement / Déficience intellectuelle

☐ Mouvements anormaux (pyramidal, ataxique, dyskinétique, oculaire) paroxystique ou permanent

☐ Malaises atypiques répétés d'origine inconnue (hors malaise vagal)

RENSEIGNEMENTS CLINIQUES ET BIOLOGIQUES

Syndrome drépanocytaire (homozygote S/S)	☐ NON	☐ OUI	(contre-indication à la réalisation du test)
Transfusion récente (moins de 120 jours)	☐ NON	☐ OUI	(contre-indication à la réalisation du test)
Greffe de moelle osseuse hétérologue	☐ NON	☐ OUI	(contre-indication à la réalisation du test)
Ponction lombaire	☐ NON	☐ OUI	Résultat glycorachie = …… …… Rapport glycorachie/Glycémie = ……
Histoire familiale	☐ NON	☐ OUI	

Description clinique complète : ……
……
……