



Service de BIOCHIMIE - CHU Bichat Claude Bernard - Pr K. PEOC'H

Etiquette Patient

Etiquette du service clinique
et adresse

Prescripteur :

Mail :

Tel :

Préleveur

Nom :

Tel :

Prélèvement : Date : ____/____/____

Heure : ____ : ____

IMPERATIF CONSERVER ET TRANSPORTER LE PRELEVEMENT A 4° C

INDICATION

- Phénotype classique : épilepsie ET mouvements anormaux paroxystiques ET troubles du développement/déficience intellectuelle)
- Phénotype atypique (indiquer uniquement le trouble dominant s'il n'est pas isolé)
- Epilepsie/ Convulsion d'apparition précoce (<4 ans)
- Ataxie et / ou Mouvements paroxystiques anormaux
- Dyskinésie paroxystique induite par l'exercice (PED)
- Troubles du développement / déficience intellectuelle
- Enquête familiale : recherche du variant du gène SLC2A1 responsable de la pathologie dans la famille (joindre copie du résultat)

Ponction lombaire réalisée : NON OUI : Résultat Glycorachie = Rapport Glycorachie/Glycémie =

Merci de joindre une description clinique complète

ATTENTION ce test ne peut pas être réalisé dans les cas suivants :

- enfant de moins de 90 jours (en âge corrigé si prématurité)
- **Syndrome drépanocytaire SS**: Statut non connu ; NON ; OUI (contre-indication à la réalisation du test)
- **Transfusion récente (<3 mois)** : NON OUI (contre-indication à la réalisation du test)

DEMANDE

ANALYSE DU TRANSPORTEUR ERYTHROCYTAIRE DU GLUCOSE GLUT1 PAR CYTOMETRIE EN FLUX (TEST METAGlut1)

ANALYSE DU GENE SLC2A1

Joindre obligatoirement 1-l'attestation médicale de consultation

2-le consentement pour la réalisation des caractéristiques génétiques d'un individu

PRELEVEMENT SANGUIN

1 tube de sang total EDTA - conservation et envoi au Laboratoire IMPERATIVEMENT: +4°C sous 3 jours maximum

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 à votre demand

Les prélèvements devront être accompagnés d'un **bon de commande (pour les hôpitaux hors AP-HP)**

Prise en charge au laboratoire

ACEBM BICHAT : REVUE DE CONTRAT Date arrivée ____/____/____ Heure d'arrivée ____h..... transport à 4°C OUI / NON initiales de l'agent

➔ Faire parvenir les prélèvements à 4°C à l'adresse suivante :

Hôpital Bichat Claude-Bernard
Laboratoire de Biochimie (secteur culture cellulaire)
3^{ème} étage de la tour
46, rue Henri Huchard
75877 – Paris cedex 18

➔ Le laboratoire peut être contacté directement au : **01 40 25 62 77 ou secrétariat au 01 40 25 64 62**

Biologistes référents : **Dr Sandrine VUILLAUMIER, Dr Thierry DUPRE, Dr Arnaud BRUNEEL,**

Mail : prenom.nom@aphp.fr

Étiquette SCANORDO