

# Etude génétique des sarcoïdoses familiales (SF)

A compléter de manière manuscrite +++

Le Professeur / Docteur ..... certifie avoir recueilli ce jour la signature du consentement éclairé pour la conservation et l'analyse génétique de ces prélèvements sanguins :

OUI

NON

↳ Joindre le consentement éclairé signé par le/la patient(e)

Date du prélèvement :	<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>	Heure :	<input style="width: 100%;" type="text"/>	h	<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>
-----------------------	---	---	---	---------	---	---	---	---

Identification du patient	
NOM : ..... née ..... Prénom : ..... Date de naissance :     //     // Sexe : <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	<b>IDENTIFIANTS DES SERVICES</b> Dossier n° ..... Patient n° ..... Famille SF .....

<b>Bon d'accompagnement du prélèvement</b> <i>A remplir par le service expéditeur</i> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-top: 10px; text-align: center;">                     TAMPON DU MEDECIN PRESCRIPTEUR ++++++                 </div>	<p style="text-align: center; color: #666;"><i>A remplir par le laboratoire</i></p> <div style="background-color: #f0f0f0; padding: 10px; margin-top: 10px;"> <p style="text-align: center; margin: 0;"><b>Etude Sarcoïdoses Familiales – SF</b></p> <p style="text-align: center; margin: 5px 0 0 0;"><b>Professeur Alain CALENDER</b></p> <p style="text-align: center; margin: 0 0 0 20px; font-size: 0.9em;">                         Service de Génétique Médicale et Moléculaire                          Bâtiment B7 - Hôpital Edouard Herriot                          5, place d'Arsonval - F-69437 LYON cedex 03                          ☎ / 04 72 11 73 80 - 📠 / 04 72 11 73 81                          @ : <a href="mailto:alain.calender@chu-lyon.fr">alain.calender@chu-lyon.fr</a> </p> </div>				
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th style="text-align: center; padding: 2px;">EXPEDITION</th> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">                     Nature :  <input type="checkbox"/> Sang    <input type="checkbox"/> Lymphocytes    <input type="checkbox"/> ADN                       Date de l'envoi :                      Heure :                       Responsable :                      (Nom et signature)                 </td> </tr> </table>	EXPEDITION	Nature : <input type="checkbox"/> Sang <input type="checkbox"/> Lymphocytes <input type="checkbox"/> ADN  Date de l'envoi : Heure :  Responsable : (Nom et signature)	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th style="text-align: center; padding: 2px;">RECEPTION</th> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">                     Date de réception :                      Heure :                      Etat du prélèvement satisfaisant ?  <input type="checkbox"/> OUI 😊                      <input type="checkbox"/> NON ☹️                       Nom et signature du responsable de la réception                 </td> </tr> </table>	RECEPTION	Date de réception : Heure : Etat du prélèvement satisfaisant ? <input type="checkbox"/> OUI 😊 <input type="checkbox"/> NON ☹️  Nom et signature du responsable de la réception
EXPEDITION					
Nature : <input type="checkbox"/> Sang <input type="checkbox"/> Lymphocytes <input type="checkbox"/> ADN  Date de l'envoi : Heure :  Responsable : (Nom et signature)					
RECEPTION					
Date de réception : Heure : Etat du prélèvement satisfaisant ? <input type="checkbox"/> OUI 😊 <input type="checkbox"/> NON ☹️  Nom et signature du responsable de la réception					

<b>COMMENTAIRES :</b> ..... .....
---

**CONDITIONS DE PRELEVEMENT**

L'étude génétique est réalisée à partir de l'ADN extrait des lymphocytes du sang périphérique du patient. Veuillez prélever un volume de **10 ml de sang sur tube EDTA** (2 tubes 'vacutainer' à bouchons violets de 5 ml)

L'envoi peut se faire par la Poste normale, dans une enveloppe bien rembourrée, sauf si le délai prévu d'acheminement est supérieur à 48 heures. Dans ce cas utiliser un système de transport express

Le colis doit être envoyé à **température ambiante** à l'adresse suivante :

Pr. Alain CALENDER (protocole SF)  
Service de Génétique médicale et Moléculaire  
Bâtiment B7  
Hôpital Edouard Herriot  
5, place d'Arsonval  
F-69437 LYON cedex 03

☎ : 04 72 11 73 80

📠 : 04 72 11 73 81

Au prélèvement doit être joint pour chaque patient :

- une copie du consentement éclairé dûment signée
- la fiche prélèvement 'étude génétique'
- la fiche d'information clinique et génétique