

## IDENTITE PATIENT

Nom :	Prénom :
Nom de jeune fille :	
Date de naissance :	Sexe F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>
N° de Sécurité Sociale de l'assuré :	
Adresse :	
Code postal :	Ville :
Téléphone : ..../.../.../.../...	

## MEDECIN PRESCRIPTEUR

Nom :	Prénom :
Qualité :	
Service :	UF :
Etablissement :	
Adresse ou tampon :	
Tél. : ..../.../.../.../...	
<b><u>SIGNATURE OBLIGATOIRE</u></b>	
<b><u>ATTESTANT DE LA PRESCRIPTION</u></b>	

### Demande pour ce patient :

- Cas index : **ETUDE de TSC1 et TSC2**
- Apparenté asymptomatique } **Mut. recherchée :**
- Apparenté atteint (d'un cas déjà étudié)

### Arbre généalogique :

Arbre généalogique :

Date de prescription : ..../.../....	
Date du Prélèvement : ..../.../.... à .... heures....	
Nom du préleveur : .....	
Lieu du prélèvement : .....	
Date de réception : ..../.../.... à .... heures....	Nombre de tubes : .....
Nom du réceptionneur : .....	NON CONFORMITE <input type="checkbox"/>



Centre  
Hospitalier  
Universitaire  
Saint-Etienne

Laboratoire de Génétique Moléculaire – Centre de Référence STB  
Dr TOURAINE – Dr PRIEUR – Dr LEBRUN  
CHU HOPITAL NORD - Pavillon de Biologie  
42055 SAINT ETIENNE cedex 2  
Tél : 04.77.82.88.09 Fax : 04.77.82.82.59

## ETUDE SCLEROSE TUBEREUSE DE BOURNEVILLE

**Prélèvement sanguin : 4 à 15 ml /EDTA (nouveau-né : 2-3 ml )**  
Conserver et acheminer à température ambiante

### *Pour les sujets atteints :*

<input type="checkbox"/> Cas de novo a priori ?	<input type="checkbox"/> Cas hérité a priori ? ( <input type="checkbox"/> pat <input type="checkbox"/> mat)	
Age des premiers signes :		
Quels étaient ces premiers signes ? :		
Age du diagnostic de la STB :		
Examens réalisés chez les parents :	Père	Mère
Examen cutané	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fond d'œil	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Echographie rénale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
IRM cérébrale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Diagnostic in utero :	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Ne sait pas (nsp)
Rhabdomyome cardiaque :	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> nsp
Epilepsie :	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui Sd de Wesr: <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui
Déficiência intellectuelle:	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> nsp
Autisme:	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> nsp
NSE	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui Tubers <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui
Lignes migration SB	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui SEGA <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui
Date dernière imagerie cérébrale	
Angiofibromes face	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui Taches Achromiques <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui
Plaque Chagrin	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui Plaque du front <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui
T de Koenen	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui Pits dentaires ou Fibromes gencives <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui
Fond d'œil :	<input type="checkbox"/> Phacome <input type="checkbox"/> Lésion achromique <input type="checkbox"/> Non fait
Angiomyolipomes rénaux	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui, tous <1cm
	<input type="checkbox"/> Au moins 1 supérieur à 3 cm <input type="checkbox"/> AML diffus bilatéraux
Polykystose rénale	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui Insuffisance rénale <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui
Date dernière imagerie rénale :	
Lymphangioliéomyomatose pulmonaire	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui (Radiologique uniquement) <input type="checkbox"/> Oui (Cliniquement) <input type="checkbox"/> Pas de scanner
Autre lésion liée à STB ? :	
<input type="checkbox"/> Os	<input type="checkbox"/> .....
.....	.....