

DEMANDE D'EXAMEN DE GENETIQUE CONSTITUTIONNELLE POSTNATALE, HORS ONCOGENETIQUE

Sujet prélevé (étiquette)	Médecin prescripteur	Prélèvement
Nom usuel :	Nom, prénom :	Date, heure :
Nom de naissance :	Service :	Nom du préleveur :
Prénom :	Hôpital :	Prénom du préleveur :
Date de naissance :	Adresse :	Qualité du préleveur :
Sexe : <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Signature :	<input type="checkbox"/> Sang
		<input type="checkbox"/> Autre (préciser).....
		<input type="checkbox"/> URGENT (préciser) :

Destinataire : Laboratoire de Diagnostic Génétique

**1 tube de 5 ml de sang sur EDTA (bouchon violet)
(Volume minimum : 2 ml)
+ CONSENTEMENT SIGNE**

ACPA (CGH-array) : joindre le formulaire clinique*. L'ADN extrait + le dossier seront transférés au service de cytogénétique qui réalisera l'ACPA.

Examen de génétique moléculaire réalisé au laboratoire :

X fragile Steinert (DM1) PROMM (DM2)
 Angelman Prader-Willi Disomie uniparentale du chr 15
 Huntington SBMA Mucoviscidose/CFTRopathies*
 Autre* : Préciser :

Recherche de contamination materno-fœtale dans le cadre d'un DPN

Mise en banque d'ADN
 Mise en banque d'ADN dans le cadre d'un contrôle d'ACPA (CGH-array)
 Mise en banque d'ADN puis envoi vers un laboratoire extérieur :
- Indication :
- Joindre le courrier au laboratoire destinataire (comprenant l'adresse), le bon de commande, le formulaire clinique le cas échéant.

Indication de l'étude

Cas index Conjoint(e)

Apparenté (lien avec le cas index) :

Atteint Non-atteint :
Mut./Anomalie chr. identifiée dans la famille OUI NON
Laboratoire :

Nom de la personne testée :

Gène : Mutation :

Anomalie chromosomique :

Cadre : Diagnostic présymptomatique
 Conseil génétique
 Etude de ségrégation familiale
 Autre :

Arbre généalogique
(Flécher l'individu prélevé)

Destinataire : Service de cytogénétique

**1 tube de 5 ml de sang sur HEPARINE (bouchon vert)
(Volume minimum : 1 ml)
+ CONSENTEMENT SIGNE**

Caryotype joindre le formulaire clinique*.

Recherche de microremaniement chromosomique par FISH dans le cadre d'un contrôle d'ACPA

Autre : précisez.....

Résumé clinique obligatoire (ou joindre compte-rendu de consultation)

Consanguinité : Oui Non Origines géographiques :