

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
<p>1 tube de 5 ml de sang sur EDTA (bouchon violet) (Volume minimum : 2 ml) + CONSENTEMENT SIGNE</p>
<p><input type="checkbox"/> ACPA (CGH-array) : joindre le <u>formulaire clinique*</u>. L'ADN extrait + le dossier seront transférés au service de cytogénétique qui réalisera l'ACPA.</p>
<p><input type="checkbox"/> Examen de génétique moléculaire réalisé au laboratoire :</p> <p><input type="checkbox"/> X fragile <input type="checkbox"/> Steinert (DM1) <input type="checkbox"/> PROMM (DM2)</p> <p><input type="checkbox"/> Angelman <input type="checkbox"/> Prader-Willi <input type="checkbox"/> Disomie uniparentale du chr 15</p> <p><input type="checkbox"/> Huntington <input type="checkbox"/> SBMA <input type="checkbox"/> Mucoviscidose/CFTRopathies*</p> <p><input type="checkbox"/> Autre* : Préciser :</p>
<p><input type="checkbox"/> Recherche de contamination materno-fœtale dans le cadre d'un DPN</p>
<p><input type="checkbox"/> Mise en banque d'ADN</p> <p><input type="checkbox"/> Mise en banque d'ADN dans le cadre d'un contrôle d'ACPA (CGH-array)</p> <p><input type="checkbox"/> Mise en banque d'ADN puis envoi vers un laboratoire extérieur :</p> <p>- Indication :</p> <p>- Joindre le courrier au laboratoire destinataire (comprenant l'adresse), le bon de commande, le formulaire clinique le cas échéant.</p>

Indication de l'étude
<p><input type="checkbox"/> Cas index <input type="checkbox"/> Conjoint(e)</p> <p><input type="checkbox"/> Apparenté (lien avec le cas index):</p> <p>.....</p> <p><input type="radio"/> Atteint <input type="radio"/> Non-atteint :</p> <p>Mut./Anomalie chr. identifiée dans la famille <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON</p> <p>Laboratoire :</p> <p>Nom de la personne testée :</p> <p>Gène : Mutation :</p> <p>Anomalie chromosomique:</p> <p>.....</p> <p><u>Cadre :</u> <input type="checkbox"/> Diagnostic présymptomatique</p> <p><input type="checkbox"/> Conseil génétique</p> <p><input type="checkbox"/> Etude de ségrégation familiale</p> <p><input type="checkbox"/> Autre :</p>

Destinataire : Service de cytogénétique
<p>1 tube de 5 ml de sang sur HEPARINE (bouchon vert) (Volume minimum : 1 ml) + CONSENTEMENT SIGNE</p>
<p><input type="checkbox"/> Caryotype joindre le <u>formulaire clinique*</u>.</p>
<p><input type="checkbox"/> Recherche de microremaniement chromosomique par FISH dans le cadre d'un contrôle d'ACPA</p>
<p><input type="checkbox"/> Autre: précisez.....</p>

Arbre généalogique
<p>(Flécher l'individu prélevé)</p>

Résumé clinique obligatoire (ou joindre compte-rendu de consultation)
<p>Consanguinité : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Origines géographiques :</p>

* Formulaires téléchargeables sur <http://www.chru-strasbourg.fr/Le-guide-des-examens-de-laboratoire>