

DEMANDE D'EXAMEN DE GENETIQUE CONSTITUTIONNELLE PRENATALE

Patiente prélevée (étiquette)	Informations sur la grossesse	Médecin prescripteur
Nom :	DDR :	Nom, prénom :
Nom de naissance :	DDG :	Service :
Prénom :		Hôpital :
Date de naissance :		Adresse :
		Signature :

Prélèvement fœtal	
Date et heure : Nom et prénom du préleveur : Dr.	
☐ Liquide amniotique ☐ Villosités chorales ☐ non triées ☐ triées par (nom, prénom, qualité) :	☐ Sang fœtal (tube EDTA) ☐ Cultures cellulaires pour extraction d'ADN* ☐ ADN* * Préciser le tissu d'origine et/ou le nom du laboratoire ayant réalisé la culture ou l'extraction d'ADN :
Nom du laboratoire réalisant la culture de sécurité :	

Destinataire : Génétique Moléculaire (UF1421, NHC)
Prélèvement fœtal + sang maternel (sauf si ADN en banque) + CONSENTEMENT DPN- ATTESTATION CONSULTATION SIGNÉS
☐ Examen de génétique moléculaire réalisé au laboratoire : ☐ FRAXA ☐ Steinert (DM1) ☐ PROMM (DM2) ☐ Huntington ☐ SBMA ☐ Mucoviscidose/CFTRopathies* ☐ Disomie uniparentale du chr 15 ☐ Autre*. Préciser :
☐ Mise en banque d'ADN

Destinataire : Cytogénétique (UF6446, NHC)
Prélèvement fœtal + sang maternel et paternel (sauf si ADN en banque) + CONSENTEMENT DPN-ATTESTATION CONSULTATION SIGNÉS
☐ PCR Aneuploïdies (trisomies 13, 18 et 21)
☐ Analyse Chromosomique sur Puce à ADN : joindre un compte-rendu d'échographie
☐ PCR quantitative. Préciser :
☐ Autre :

Indication de l'étude
☐ Signes d'appel échographiques (A détailler dans le cadre ci-dessous)
☐ Antécédent familial Gène : Mutation : Nom de la personne testée : Laboratoire :

Arbre généalogique
(Flécher l'individu prélevé)

Résumé clinique obligatoire (ou joindre compte-rendu de consultation)
Consanguinité : ☐ Oui ☐ Non Origines géographiques :