

**DEMANDE D'EXAMEN DE GENETIQUE CONSTITUTIONNELLE POSTNATALE**

Sujet prélevé (étiquette)	Médecin prescripteur	Prélèvement
Nom : .....	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 : Génétique Moléculaire (UF1421, NHC)**

**1 tube de 4,5 ml de sang sur EDTA (bouchon violet)  
 (Volume minimum : 1 ml)  
 + CONSENTEMENT SIGNE**

- Examen de génétique moléculaire réalisé au laboratoire :
- X fragile     Steinert (DM1)     PROMM (DM2)
  - Disomie uniparentale du chr 15     Huntington     SBMA
  - Mucoviscidose/CFTRopathies\*
  - Panel\*. Préciser : .....
  - Exome\*
  - Autre. Préciser : .....
- Recherche de contamination materno-fœtale dans le cadre d'un DPN
- Contrôle de variant(s) identifié(s) dans la famille
- Mise en banque d'ADN
- 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.

**Destinataire : Cytogénétique (UF6446, NHC)**

**1 tube de 4,5 ml de sang sur EDTA (bouchon violet)  
 du patient et de ses parents  
 (Volume minimum : 1 ml)  
 + CONSENTEMENT SIGNE**

- Analyse Chromosomique sur Puce à ADN (ACPA) : joindre le formulaire clinique\*.

**Indication de l'étude**

- Cas index     Conjoint(e)
- Apparenté     Atteint     Non-atteint
- Lien avec le cas index: .....
- Nom, prénom, date de naissance du cas index: .....
- Mut./Anomalie chr. identifiée dans la famille     OUI     NON
- Laboratoire : .....
- Gène : ..... Mutation : .....
- Anomalie chromosomique: .....
- Cadre :     Diagnostic présymptomatique  
 Conseil génétique  
 Etude de ségrégation familiale  
 Autre : .....

**Arbre généalogique**

(Flécher l'individu prélevé)

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

Consanguinité :  Oui     Non    Origines géographiques : .....

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