

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)
 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

Contrôle d'ACPA par PCR quantitative

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.

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 : Cytogénétique (UF6446, NHC)

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

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

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

Consanguinité : Oui Non

Origines géographiques :