

Joindre à tout prélèvement transmis au laboratoire le consentement de la patiente et l'attestation de consultation

A acheminer dans les sachets verts Génétique HUMAINE Laborizon Centre (TA)

PATIENTE

NOM	Adresse	
Prénom		
Nom de naissance	CP _____	Ville
Date de naissance __/__/____	téléphone _____	

Médecin Prescripteur	Médecin Préleveur si différent
NOM	NOM
Prénom	Prénom
Adresse	Adresse
CP _____ Ville	CP _____ Ville
Téléphone _____	Téléphone _____
Fax _____	Fax _____

Grossesse actuelle :	DDR: __/__/____	DDG: __/__/____
Echographie 1er trimestre	Date: __/__/____	LCC: mm Clarté nucale: mm
	<input type="checkbox"/> Grossesse monofoetale	<input type="checkbox"/> Grossesse multiple, nombre de fœtus: ____
Dépistage:	Marqueurs sériques T21: risque 1/_____	
	Recherche aneuploïdie sur ADN fœtal circulant (DPNI) : _____	
Observations:		

INDICATION DU PRELEVEMENT

<input type="checkbox"/> Signe d'appel échographique, préciser (joindre une copie du compte rendu d'échographie)	<u>Précisions:</u>
<input type="checkbox"/> Dépistage de la trisomie 21 par marqueurs sériques (et autres aneuploïdies) (joindre le résultat)	
<input type="checkbox"/> Suspicion d'aneuploïdie sur analyse ADN fœtal circulant / DPNI (joindre le résultat)	
<input type="checkbox"/> Anomalie chromosomique parentale, préciser (joindre le résultat)	
<input type="checkbox"/> ATCD de grossesse avec caryotype fœtal anormal, préciser (joindre le résultat)	
<input type="checkbox"/> Convenance personnelle (hors nomenclature: BHN1200 et/ou BHN500 si FISH)	
<input type="checkbox"/> Autre (préciser)	

NATURE DU PRELEVEMENT

Date de ponction: __/__/____	Heure de ponction : __ h __ min	terme : _____ SA
<input type="checkbox"/> Villosités choriales <small>(dans milieu de culture, contacter le laboratoire)</small>	<input type="checkbox"/> Liquide amniotique	<input type="checkbox"/> Sang fœtal <small>(sur tube hépariné sans gel séparateur)</small>
Nombre de tubes (par fœtus):	Nombre de flasques (par fœtus):	Nombre de tubes (par fœtus):
Quantité fœtus 1: mg	Volume fœtus 1: ml	Volume fœtus 1: ml
Quantité fœtus 2: mg	Volume fœtus 2: ml	Volume fœtus 2: ml

NATURE de L'ANALYSE CYTOGENETIQUE DEMANDEE

<input type="checkbox"/> Caryotype fœtal	<u>Précisions:</u>
<input type="checkbox"/> Aneuploïdie détectée par FISH interphasique (13, 18, 21, X, Y)	
<input type="checkbox"/> Aneuploïdie détectée par FISH interphasique HORS NOMENCLATURE (13, 18, 21, X, Y) (BHN500)	
<input type="checkbox"/> Recherche de syndrome microdélétionnel / microduplicationnel par FISH (préciser)	
<input type="checkbox"/> Recherche d'autre anomalie par FISH (préciser)	

AUTRE ANALYSE PRESCRITE À TRANSMETTRE OU TRANSMISE (contacter le laboratoire)

<input type="checkbox"/> Biochimie fœtale sur LA (dont discordance de poche si grossesse biamniotique)	<u>Précisions:</u>
<input type="checkbox"/> Diagnostic de maladies infectieuses: préciser	
<input type="checkbox"/> Analyse moléculaire: préciser	