# Prescription d'un examen de cytogénétique constitutionnelle post natale

**Joindre à tout prélèvement transmis au laboratoire le consentement du patient et l'attestation de consultation**

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

| PATIENT | | | |
|---|---|---|---|
| NOM | | Adresse | |
| Prénom | | | |
| Nom de naissance | | Code Postal | |
| Sexe | ☐ F ☐ M | Ville | |
| Date de naissance | _ _ / _ _ / _ _ _ _ | téléphone | _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ |

| Médecin Prescripteur | | | |
|---|---|---|---|
| NOM | | Téléphone | _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ |
| Prénom | | Fax | _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ |
| Adresse | | CP _ _ _ _ _ | Ville |

| INDICATION DU PRELEVEMENT | | |
|---|---|---|
| ☐ | Retard psychomoteur | Précisions: |
| ☐ | Syndrome malformatif (préciser) | |
| ☐ | Trouble de la reproduction (préciser) | |
| ☐ | Suspicion d'anomalie des gonosomes (préciser) | |
| ☐ | Etude familiale **(joindre le résultat du cas index et renseigner le degré de parenté)** | |
| ☐ | Suspicion d'anomalie constitutionnelle suite à un prélèvement somatique | |
| ☐ | Dysphorie de genre | |

| NATURE DU PRELEVEMENT et de L'ANALYSE CYTOGENETIQUE (sang sur tube héparinate sans gel séparateur) | | |
|---|---|---|
| Nombre de tubes: | Volume total: ml | Précisions: |
| Date du prélèvement : _ _ _ _ / _ _ _ _ / _ _ _ _ _ _ _ _ | | |
| Heure du prélèvement: _ _ _ _ h _ _ _ _ min | | |
| Lieu du prélèvement: | | |
| ☐ | Caryotype | |
| ☐ | Recherche de syndrome microdélétionnel / microduplicationnel par FISH (préciser) | |
| ☐ | Recherche d'autre anomalie par FISH (préciser) | |
| ☐ | Recherche d'une mosaïque sur sang (préciser) | |

| RENSEIGNEMENTS CLINIQUES |
|---|
| |



Laboratoire de Cytogénétique, Laborizon CENTRE - Docteurs Mélanie JIMENEZ-POCQUET et Agathe PAUBEL
3 rue Pr. Alexandre Minkowski - 37170 CHAMBRAY-LES-TOURS - Tel : 02 47 74 35 90 - Fax : 02 47 74 65 12 - Mail : cytogenetique.abo@biogroup.fr