



Nom du prescripteur : Prélèvement du / / à h

Signature : par

DOCUMENTS A JOINDRE OBLIGATOIREMENT AU PRELEVEMENT (pour chaque patient) :

CONSENTEMENT signé du patient - ATTESTATION D'INFORMATION signée du prescripteur - FICHE DE RENSEIGNEMENTS CLINIQUES
Ces documents peuvent être imprimés à partir du site INTRANET / Analyses biologiques

TYPE DE PRELEVEMENT

- Sang Villosités chorales Placenta -cordon Autres :
- Sang fœtal Liquide amniotique **En cas de diagnostic prénatal : 1 tube de sang (E) pour la mère**

GENETIQUE MOLECULAIRE - (E) 5ml EDTA mauve

- | | | |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> ACPA = caryotype moléculaire = CGH Array
<i>(fiche de renseignement spécifique)</i> | <input type="checkbox"/> Vérification d'un résultat d'ACPA par biologie moléculaire | <input type="checkbox"/> Stockage ACPA |
| <input type="checkbox"/> Amyotrophie spinale infantile (SMA) | <input type="checkbox"/> Hémochromatose (HFE-C282Y – H63D) | |
| <input type="checkbox"/> APOE | <input type="checkbox"/> Huntington (IT15) | |
| <input type="checkbox"/> Ataxie cérébelleuse autosomique dominant :
<input type="checkbox"/> SCA1 <input type="checkbox"/> SCA2 <input type="checkbox"/> SCA3 <input type="checkbox"/> SCA6 <input type="checkbox"/> DRPLA <input type="checkbox"/> SCA17 | <input type="checkbox"/> Kennedy | |
| <input type="checkbox"/> Ataxie de Friedreich (FRDA) | <input type="checkbox"/> Microdélétion Y | |
| <input type="checkbox"/> BRUGADA (SCN5A) | <input type="checkbox"/> Mucoviscidose (CFTR) | |
| <input type="checkbox"/> CADASIL (NOTCH3) | <input type="checkbox"/> Mutation Facteur II (G20210A) / <input type="checkbox"/> Facteur V Leiden | |
| <input type="checkbox"/> CHARGE (CHD7 - EFTUD2 - HOXA1) | <input type="checkbox"/> Prader-Willi / Angelman | |
| <input type="checkbox"/> Chondrodysplasies liées à l'X (EBP – ARSE) | <input type="checkbox"/> Rendu Osler (ACVRL1 – ENG - SMAD4 - BMP9)
<i>(fiche de renseignement spécifique)</i> | |
| <input type="checkbox"/> Connexine 26 (GJB2) | <input type="checkbox"/> SLO (DHCR7) | |
| <input type="checkbox"/> ELASTINE + FIBULINE - Cutis laxa dominant | <input type="checkbox"/> Steinert (DMPK) | |
| <input type="checkbox"/> ELASTINE - Sténose supra valvulaire aortique | <input type="checkbox"/> Unidisomie - chromosome : | |
| <input type="checkbox"/> DI 275 <input type="checkbox"/> DI 44 | <input type="checkbox"/> X Fragile (FMR1) | |
| <input type="checkbox"/> Etude familiale d'une mutation identifiée par NGS (DI) | | |
| <input type="checkbox"/> Diagnostic rapide des aneuploïdies : <input type="checkbox"/> 21/18/13 <input type="checkbox"/> X/Y | <input type="checkbox"/> Autre gène : 2 tubes (E) pour envoi extérieur | |
| <input type="checkbox"/> DNA Thèque <input type="checkbox"/> RNA Thèque | Gène : | |

GENETIQUE CHROMOSOMIQUE - (H) 5ml HEP LITH vert foncé

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Caryotype postnatal sur sang (H) | <input type="checkbox"/> Caryotype anténatal sur villosités chorales |
| <input type="checkbox"/> Syndrome microdélétionnel – FISH (H) : | <input type="checkbox"/> Caryotype anténatal sur liquide amniotique |
| <input type="checkbox"/> Vérification d'un résultat d'ACPA par FISH (H) | <input type="checkbox"/> Caryotype sur cordon – placenta |
| <input type="checkbox"/> Caryotype postnatal sur peau | <input type="checkbox"/> Caryotype anténatal sur sang fœtal |
| <input type="checkbox"/> Culture de fibroblastes <i>Contactez le laboratoire</i> | <input type="checkbox"/> Culture de Liquide amniotique / Villosités chorales / Placenta |
| | <input type="checkbox"/> Caryotype anténatal sur villosités chorales |

PHARMACOGENETIQUE - (E) 5ml EDTA mauve

- TPMT (E) DPD(E) UGT1A1(E) *Joindre la feuille de renseignement spécifique*

ETIQUETTE PATIENT	ETIQUETTE UF	RCP
-------------------	--------------	-----