

***FICHE DE RENSEIGNEMENT POUR CARYOTYPE POSTNATAL***

**IDENTITE DU PATIENT**

Nom : ..... Nom de jeune fille : .....  
Prénom : ..... Date de naissance : .....  
Adresse : .....  
.....  
Tél. : .....

**MEDECIN PRESCRIPTEUR**

**Cachet du médecin prescripteur**

Nom : .....  
Adresse : .....  
.....  
Tél. : ..... Fax : .....

**PRELEVEMENT :**

- ↑ 5ml de sang total. Prélever sur tube stérile vacutainer héparinate de lithium.
- ↑ Les prélèvements peuvent être effectués, de préférence les **lundi, mardi et vendredi**, le sang doit nous parvenir le jour même(ou le lendemain par chronopost).
- ↑ Joindre à l'échantillon de sang, **l'original de la prescription médicale, cette fiche dûment complétée l'attestation et le consentement signés respectivement par le prescripteur et la famille.**

**INDICATION** ( Ces renseignements nous sont nécessaires pour choisir nos techniques cytogénétiques)

**⊕Patient avec :**

- Phénotype évocateur d'un syndrome chromosomique connu , préciser : .....
- Ambiguïté sexuelle
- Retard de croissance intra-utérin inexpliqué
- Hypotonie néonatale avec dysmorphie
- Dysmorphie non identifiée: .....
- Syndrome polymalformatif : .....
- Retard des acquisitions/retard mental et/ou troubles du comportement
- Petite taille chez une fille  - Retard pubertaire
- Aménorrhée primaire ou secondaire  - Ménopause précoce
- Anomalie du spermogramme(préciser) : .....
- Suspicion d'un syndrome spécifique avec microdélétion/duplication : .....

**⊕Bilan chez le couple :**

- Pré-FIV  - Pré-ICSI
- Avortements spontanés à répétition  - Stérilité
- Diagnostic prénatal d'une anomalie chromosomique, ou d'un variant inhabituel
- Enfant décédé suspect d'anomalie chromosomique

**⊕Divers :**

- Enquête familiale : anomalie chromosomique connue ou apparenté suspect d'anomalie chromosomique non disponible pour l'analyse.
- Vérification ou complément d'un diagnostic prénatal / postnatal.

**⊕Autres ou précisions:** .....