

NOM : \_\_\_\_\_  
 Prénom : **ETIQUETTE**  
 NOM de naissance : \_\_\_\_\_  
 Né(e) le : \_\_\_\_\_  
 Sexe : **PATIENT**  
 Numéro patient : \_\_\_\_\_  
 Service demandeur : \_\_\_\_\_

Prescripteur : \_\_\_\_\_  
 Préleveur : \_\_\_\_\_  
 Fonction : \_\_\_\_\_  
 Signature : \_\_\_\_\_

**CY  
Prén**

**CYTOGENETIQUE PRENATALE**

DSEL0036020



DATE DE PRELEVEMENT        
 J J / M M / A A

HEURE      
 H H / M M

**Horaires de réception des échantillons : du lundi au vendredi de 08h30 à 16h30**

TEL: 02 32 88 82 20 FAX : 02 32 88 19 42

Dr Géraldine JOLY-HELAS (☎ 68809) ; Dr Pascal CHAMBON (☎ 65761) ; Dr Nathalie LE MEUR (☎ 65460) ; Dr Kévin CASSINARI (☎ 67129)

**DEPISTAGE PRENATAL NON-INVASIF DE TRISOMIE 21**  Joindre consentement de DPNI

**EXAMEN DEMANDE :**  DPNI T21  Mise en banque d'ADN plasmatique

**PRELEVEMENT :**  Sang maternel (1 tube **STRECK**, bouchon marron/noir)  
 - Remplir le tube entièrement puis agiter immédiatement par retournement 10 fois  
 - Envoyer les tubes à température ambiante

**RENSEIGNEMENTS :**  
 Terme de la grossesse en SA : ..... Et DDR : ..... ou DDG : .....  
 Grossesse multiple :  Oui  Non Nombre d'embryons : ..... Présence jumeau évanescent :  Oui  Non

**DIAGNOSTIC PRENATAL CYTOGENETIQUE**  Joindre consentement de diagnostic prénatal

<p><b>PRELEVEMENT</b></p> <input type="checkbox"/> Liquide amniotique (Volume souhaité : 20ml) <input type="checkbox"/> Trophoblaste (A acheminer dès sa réalisation) <input type="checkbox"/> Sang fœtal (Tubes <b>HEPARINE</b> et <b>EDTA</b> ) <input type="checkbox"/> Placenta <input type="checkbox"/> Sang Maternel (Tube <b>EDTA</b> ) Autre : .....	<p><b>EXAMEN(S) DEMANDE(S)</b></p> <input type="checkbox"/> Caryotype <input type="checkbox"/> FISH <input type="checkbox"/> Recherche d'aneuploïdie des chromosomes X, 13, 18 et 21 <input type="checkbox"/> Recherche d'aneuploïdie des chromosomes 21 <input type="checkbox"/> Autre : ..... <input type="checkbox"/> Conservation de matériel : ..... <input type="checkbox"/> CGH Array (Joindre un tube de sang ( <b>EDTA</b> ) maternel si sexe fœtal féminin ou inconnu) Préciser l'identité du <b>CONJOINT</b> (Nom + Prénom): ..... <input type="checkbox"/> Autre : .....
---	--

**RENSEIGNEMENTS :**  
 Terme de la grossesse en SA : ..... Et DDR : ..... ou DDG : ..... - Sexe échographique :  F  M  ?

**INDICATIONS** (joindre les CR d'échographie, de caryotype ou de dépistage correspondants)

<input type="checkbox"/> Risque : ...../1000 <input type="checkbox"/> Tests combinés du 1er trimestre <input type="checkbox"/> Tests séquentiels intégrés (CN du T1 + marqueurs sériques du T2) <input type="checkbox"/> Tests biologiques du 2e trimestre (marqueurs sériques uniquement) <input type="checkbox"/> DPNI en faveur d'une <input type="checkbox"/> T21 ou <input type="checkbox"/> Autre ..... <input type="checkbox"/> DPNI non-exploitable <input type="checkbox"/> Grossesse gémellaire <input type="checkbox"/> Mort fœtale <i>in utero</i> <input type="checkbox"/> Remaniement chromosomique parental : ..... <input type="checkbox"/> Antécédent pour le couple de grossesse avec anomalie chromosomique : ..... <input type="checkbox"/> Age maternel isolé (y compris ≥ 38 ans) ou absence de motif médical <input type="checkbox"/> Autre : .....	<input type="checkbox"/> Clarté nucale ≥ 3.5mm (hygroma inclus) avant 13 SA + 6j (CN : __, __ mm) <input type="checkbox"/> Autre(s) signe(s) d'appel échographique : ..... ..... .....
---	--

Le prescripteur autorise la réalisation d'une éventuelle analyse complémentaire nécessaire à l'interprétation de l'analyse demandée.

Signature du prescripteur :



## LABORATOIRE DE CYTOGENETIQUE

Pr Claude HOUDAYER

Horaires de réception des prélèvements : du lundi au vendredi de 8h30 à 16h30

Tél. 02 32 88 82 20 Fax : 02 32 88 19 42

Dr Géraldine JOLY-HELAS (68809) ; Dr Pascal CHAMBON (65761) ; Dr Nathalie LE MEUR (65460) ; Dr Kévin CASSINARI (67129)

### Pavillon DEROCQUE

Hôpital Charles Nicolle, 37 boulevard Gambetta  
76031 ROUEN CEDEX

Tél. 02 32 88 82 20 Fax : 02 32 88 19 42

**DEMANDE D'ANALYSE CYTOGENETIQUE PRENATALE**

## LABORATOIRE DE CYTOGENETIQUE

Pr Claude HOUDAYER

Horaires de réception des prélèvements : du lundi au vendredi de 8h30 à 16h30

Tél. 02 32 88 82 20 Fax : 02 32 88 19 42

Dr Géraldine JOLY-HELAS (68809) ; Dr Pascal CHAMBON (65761) ; Dr Nathalie LE MEUR (65460) ; Dr Kévin CASSINARI (67129)

### Pavillon DEROCQUE

Hôpital Charles Nicolle, 37 boulevard Gambetta  
76031 ROUEN CEDEX

Tél. 02 32 88 82 20 Fax : 02 32 88 19 42

**DEMANDE D'ANALYSE CYTOGENETIQUE PRENATALE**