Etiquette
Référence Extérieure

CHU ROUEN NORMANDIE

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

Prescripteur : _____
RPPS : _____

Préleveur : _____
Fonction : _____
RPPS/Adeli : _____
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 Kévin CASSINARI (☏ 67129)

DEPISTAGE PRENATAL NON-INVASIF

o Joindre consentement de **DPNI**

EXAMEN DEMANDE : ❑ Trisomies 13/18/21 ❑ Mise en banque d'ADN plasmatique ❑ Autre :.....

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

o Joindre consentement de **diagnostic prénatal**

PRELEVEMENT
❑ Liquide amniotique (Volume souhaité : 20ml)
❑ Trophoblaste (A acheminer dès sa réalisation)
❑ Sang fœtal (Tubes HEPARINE et EDTA)
❑ Placenta
❑ Sang Maternel (Tube EDTA)
Autre : .....
.....
.....

EXAMEN(S) DEMANDE(S)
❑ Caryotype
❑ FISH ❑ Recherche d'aneuploïdie des chromosomes X, 13, 18 et 21
❑ Recherche d'aneuploïdie des chromosomes 21
❑ Autre : .....
❑ Conservation de matériel : .....
❑ CGH Array (Joindre un tube de sang (EDTA) maternel si sexe fœtal féminin ou inconnu)
Préciser l'identité du CONJOINT (Nom + Prénom):
.....
❑ Autre : .....

NB : Joindre impérativement un tube EDTA de sang maternel pour recherche d'une contamination du prélèvement fœtal par des cellules maternelles

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)

❑ Risque : ...../1000
❑ Tests combinés du 1er trimestre
❑ Tests séquentiels intégrés (CN du T1 + marqueurs sériques du T2)
❑ Tests biologiques du 2e trimestre (marqueurs sériques uniquement)

❑ DPNI en faveur d'une ❑ T21 ou ❑ Autre .....
❑ DPNI non-exploitable

❑ Grossesse gémellaire

❑ Mort fœtale *in utero*

❑ Clarté nucale ≥ 3.5mm (hygroma inclus) avant 13 SA + 6j (CN : ___,___ mm)

❑ Autre(s) signe(s) d'appel échographique :
.....
.....
.....
.....

❑ Remaniement chromosomique parental : .....
❑ Antécédent pour le couple de grossesse avec anomalie chromosomique : .....

❑ Age maternel isolé (y compris ≥ 38 ans) ou absence de motif médical

❑ Autre : .....

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

Signature du prescripteur :

Cadre réservé au laboratoire

CHU ROUEN NORMANDIE

PÔLE DE BIOLOGIE CLINIQUE

CY PréN

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 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 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