

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

Prescripteur : _____
 Préleveur : _____
 Fonction : _____
 Signature : _____



CYTOGENETIQUE POSTNATALE

DSEL0036019



DATE DE PRELEVEMENT
 J J / M M / A

HEURE
 H H / M

Horaires de réception des prélèvements : 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)

Prélèvement	Examen(s) <input type="checkbox"/> URGENT (préciser.....)
<input type="checkbox"/> SANG sur tube HEPARINE - Prélevé stérilement sur tube à bouchon vert - A transmettre à température ambiante - Volume souhaité : 5 mL, sauf enfant <5 ans : 2mL	<input type="checkbox"/> Caryotype standard <input type="checkbox"/> FISH : <input type="checkbox"/> Culot cytogénétique <input type="checkbox"/> Autre :
<input type="checkbox"/> SANG sur tube EDTA - Prélevé stérilement sur tube à bouchon violet - A transmettre à température ambiante - Volume souhaité : 5 mL, sauf enfant <5 ans : 2mL	<input type="checkbox"/> Conservation de sang en vue d'une PCR digitale <input type="checkbox"/> PCR digitale (préciser le locus) <input type="checkbox"/> Autre :
<input type="checkbox"/> Placenta <input type="checkbox"/> Peau <input type="checkbox"/> Autre :	<input type="checkbox"/> Caryotype standard <input type="checkbox"/> FISH : <input type="checkbox"/> Conservation de matériel <input type="checkbox"/> Autre :

Indication(s)

Anomalie du développement
 O Retard mental
 O Dymorphie
 O Retard de croissance
 O Malformation :
 O MFIU (préciser le terme) :

En vue d'un don de gamètes

Troubles de la fertilité
 O Insuffisance ovarienne prématurée
 O Aménorrhée
 O Fausses couches à répétition
 O Anomalie du spermogramme :

Etude familiale : apparenté porteur d'une anomalie chromosomique (joindre le compte-rendu de l'analyse)
 Remaniement:.....
 Apparenté : NOM.....Prénom.....Lien de parenté.....

Autre :

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

Signature du médecin 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 POSTNATALE

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 POSTNATALE