


Unité de Médecine Moléculaire des Maladies Métaboliques - U4M <i>Diagnostic Anténatal d'une Cause Moléculaire de :</i> Déficit Complet en Lipase Acide Lysosomiale ORPHA275761 (ORPHA75233) Responsable : Dr Pascale BENLIAN <i>pascale.benlian@chru-lille.fr - Secrétariat Tel: 03 20 44 48 01 - Fax: 03 20 44 49 57</i>	ADRESSE de l'ENVOI Dr Pascale BENLIAN - U4M Médecine Moléculaire des Maladies Métaboliques, Service Génopathies Centre de Biologie Pathologie (CBP) - CHRU de Lille Rue Paul Nayrac (Réception Analyses Extérieures) - 59037 LILLE cedex <i>u4mhmno@chru-lille.fr</i> Tel: 03 20 44 54 54 - Réception poste 44 801 - Laboratoire poste 29 395
--	--

Identité de la Patiente Etiquette PATIENTE Nom : _____ Prénom : _____ Date de naissance : _____ Sexe : F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>	Localisation du Patient Etiquette SERVICE Etablissement : _____ Service : _____	Prescripteur : _____ Nom - Signature Téléphone : _____ Préleveur : _____ Date du prélèvement : _____ Heure du prélèvement : _____	Cadre réservé à la réception Coller Etiquette Molis voir fiche d'instruction "ADM"
---	--	--	--

NATURE et CONDITIONS de l'EXPLORATION	DOCUMENTS À JOINDRE OBLIGATOIREMENT	MODALITES DE PRELEVEMENT et d'ENVOI
Selon le protocole de prélèvement et d'envoi ci-joint <ul style="list-style-type: none"> ■ Recherche de Mutation du Gène de la Lipase Acide Lysosomiale (LIPA) Terme de la grossesse: _____ Type de prélèvement : <input type="checkbox"/> Trophoblaste <input type="checkbox"/> Liquide Amniotique <input type="checkbox"/> Culture de cellules Villositaires <input type="checkbox"/> Culture de cellules Amniotiques <input type="checkbox"/> Autre : _____	<ul style="list-style-type: none"> ■ Le formulaire de consentement éclairé signé par les parents et par le médecin prescripteur ■ Lettre du Médecin Prescripteur ■ Bon de commande Renseignements A COMPLETER AU VERSO 	(++) à joindre aux échantillons Sanguins Parentaux TROPHOBLASTE <input type="checkbox"/> 2 Fragments répartis en 2 flasques contenant 10 ml de milieu stérile LIQUIDE AMNIOTIQUE <input type="checkbox"/> 2 tubes de 10 ml sur Tube sec stérile CULTURE CELLULAIRE <input type="checkbox"/> 2 tubes de 10 ml sur Tube sec stérile
	POUR le RTE ou le Service des ANALYSES EXTERIEURES du CBP	
	Pour les villosités triées en cytogénétique: Noter Date/Heure de réception sur le Paquet Transférer: Télébac n°40 (pièce 50498)	Conservation à température ambiante Acheminement dans les 24 heures au laboratoire de Cytogénétique

Vérifier la conformité de votre demande en cochant les cases nécessaires au recto et au verso de ce document

Identité de la Patiente
Etiquette PATIENTE

**Diagnostic Anténatal d'une Cause Moléculaire
de Déficit Complet en Lipase Acide Lysosomiale (Maladie de Wolman)**

Identifiant Echantillon
Etiquette MOLIS

U4M

RENSEIGNEMENTS À FOURNIR EN VUE DU DIAGNOSTIC ANTENATAL

■ **Date de la Planification du prélèvement (contact téléphonique)** _____

■ **Terme de la grossesse au prélèvement** _____

■ **Médecin ayant délivré le Conseil Génétique** Nom _____ Prénom _____

Adresse _____ Tel. _____ Fax _____

■ **Service / Unité en charge du prélèvement** Nom _____

Adresse _____ Tel. _____ Fax _____

■ **Médecin en charge du prélèvement** Nom _____ Prénom _____

Adresse _____ Tel. _____ Fax _____

■ **Laboratoire de Cytogénétique en charge du prélèvement** Nom _____

Adresse _____ Tel. _____ Fax _____

■ **Médecin(s) destinataire(s) de copies du compte rendu**

Nom _____ Prénom _____ Adresse _____

Nom _____ Prénom _____ Adresse _____

■ **Antécédents familiaux** non oui

■ **Date du Diagnostic chez le cas index:** _____ ■ **Nom du Laboratoire :** _____

■ **Remarque** _____