

SIL-FE-CBP-222_Date d'application 30/11/2023 v.3

<p>Unité de Médecine Moléculaire des Maladies Métaboliques - U4M Diagnostic Anténatal d'une Cause Moléculaire de :</p> <p style="text-align: center;">Déficit en LIPASE ACIDE LYSOSOMIALE ORPHA275761 (ORPHA75233 - ORPHA75234) Responsable : Dr Pascale BENLIAN <i>pascale.benlian@chu-lille.mssante.fr - Secrétariat Tel: 03 20 44 48 01 - Fax: 03 20 44 49 57</i></p>	<p style="text-align: center;">ADRESSE de l'ENVOI Dr Pascale BENLIAN - U4M Service "Génopathies" - Biochimie et Biologie Moléculaire Centre de Biologie Pathologie (CBP) - CHU de Lille Rue Paul Nayrac (Réception Analyses Extérieures) - 59037 LILLE cedex <i>evodie.peperstraete@chu-lille.fr - u4m@chu-lille.fr</i> Tel: 03 20 44 54 54 - Réception poste 44 801 - Laboratoire poste 29 395</p>
---	--

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

<p style="text-align: center;">NATURE de l'EXPLORATION</p> <p>Selon le protocole de prélèvement et d'envoi ci-joint</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Recherche de Mutation du Gène de la Lipase Acide Lysosomiale (LIPA) ■ Recherche de Contamination des cellules fœtales <p>Terme de la grossesse: _____</p> <p>Type de prélèvement :</p> <ul style="list-style-type: none"> <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 : _____ 	<p style="text-align: center;">Documents à JOINDRE OBLIGATOIREMENT</p> <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 <small>(Acte RIHN: N903x6, N928x3 + B4033, B4034 - Cas index) (Acte RIHN: N903x13, N928x3 + B4033, B4034 - Apparenté)</small> <p style="text-align: center;">Renseignements A COMPLETER AU VERSO </p> <p style="text-align: center;">POUR le RTE ou le Service des ANALYSES EXTERIEURES du CBP</p> <p style="text-align: center;"><i>Pour les villosités triées en cytogénétique: Noter Date/Heure de réception sur le Paquet Transférer: Télébac n°40 (pièce 50498)</i></p>	<p style="text-align: center;">MODALITES DE PRELEVEMENT SANGUIN</p> <p>(++) à joindre aux échantillons Sanguins Parentaux <small>(2x7ml EDTA + 1 tube sec/sujet)</small></p> <p>TROPHOBLASTE</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> 1 Fragment conservé en 1 flasque contenant 10 ml de milieu stérile <p>LIQUIDE AMNIOTIQUE</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> 1 tube de 10 ml sur Tube sec stérile <p>CULTURE CELLULAIRE</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> 1 tube de 10 ml sur Tube sec stérile <p>CODE CIRUS: GENO17 <i>Conservation à température ambiante Acheminement dans les 24 heures au laboratoire de Cytogénétique</i></p>
---	---	---

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 en Lipase Acide Lysosomiale (LIPA)**

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:**
- **Remarque**

■ **Nom du Laboratoire :**

