

(à compléter et joindre OBLIGATOIREMENT au prélèvement)

Secrétariat du service Tel : 03.20.44.40.18 – Fax : 03.20.44.68.04

Catalogue des analyses : <http://biologiepathologie.chru-lille.fr>

Date de Prélèvement : / / Heure de prélèvement : :

Nom du préleveur :

NOM de NAISSANCE :
 PRENOM Complet du Patient :
 SEXE : F M DATE de NAISSANCE : / /
 NOM (Marital) Complet du Patient :
 Centre demandeur : Service / Code UF :
 Médecin prescripteur : Téléphone :

Etiquette patient

Type de prélèvement : (Sang, ADN, tissu, biopsie, autre à préciser)

Conditionnement : (EDTA, Héparine) Congelé

ANALYSES DEMANDEES : (3-5 ml / EDTA à acheminer à + 4°C)

Analyse pangénomique par CGH-array 60K (Puce à ADN)
 Q PCR (étude familiale), préciser le nom du propositus et l'anomalie :

**Joindre obligatoirement une copie du consentement éclairé pour étude génétique
 (sans consentement éclairé reçu, le résultat génétique ne peut être rendu)**

Renseignements cliniques :

Transfusion sanguine < 4 jrs (item obligatoire) : NON OUI

Déficience intellectuelle ou trouble des apprentissages dans un cadre syndromique
 Malformations, préciser :
 Hypotonie
 Déficience intellectuelle ou trouble des apprentissages isolé
 TED, autisme, troubles du comportement
 Caractérisation d'une anomalie découverte au caryotype ou par une autre technique :

 Foetopathologie, préciser le sexe foetal :
 Autres :

Afin de permettre l'interprétation de l'analyse, merci de joindre la fiche de renseignements clinico-biologiques (ou de nous adresser un courrier détaillé).

Traçabilité des contrôles - Analyses Ext			
Débal		C Admi	
Etique		C Ana	
Décant			