



GENETIQUE POST NATALE

Feuille de renseignements à joindre à la demande

FE-ADMRECEP-006

Version : 6

Page : 1 sur 1

Date :

Heure du prélèvement :

PATIENT :

- NOM:
- Prénom
- Adresse :

- Date de Naissance :
- Tél :
- N° Sécurité Sociale :
- Centre de Sécurité Sociale ou adresse caisse privée le cas échéant :

- Mutuelle complémentaire :
Régime : ☐ local ☐ général

Nature de l'échantillon : ☐ sang hépariné ☐ EDTA ☐ autres

- ANALYSE DEMANDÉE :

Cytogénétique :

- ☐ Caryotype sanguin
☐ Diagnostic rapide d'une aneuploïdie
☐ Microdélétion
☐ Sexe chromosomique

Biologie moléculaire :

- ☐ Mucoviscidose
Origine géographique (renseignement obligatoire) :
☐ Micro délétion de l'Y
☐ Hémochromatose : ☐ C282Y ☐ H63D ☐ S65C
☐ Autres :

- STATUT DU SUJET :

- ☐ Grossesse en cours
☐ Traitements médicamenteux (préciser) :
☐ Greffe de moelle ☐ Transfusion < 3 jours

Restriction si le sujet a eu une greffe de moelle ou une transfusion (<3 jours) : Analyse non réalisable

- INDICATIONS (renseignements obligatoires)

- ANTECEDENT PERSONNEL :
- SIGNES CLINIQUES :
.....

- ANTECEDENTS FAMILIAUX:

- MÉDECIN PRESCRIPTEUR : Nom :
Adresse :
Téléphone :

Date de réception au laboratoire Atoutbio :