



GENETIQUE POST NATALE

Feuille de renseignements à joindre à la demande

FE-ADMRECEP-006

Version : 4

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 :