



# GENETIQUE POST NATALE

## Feuille de renseignements à joindre OBLIGATOIREMENT à la demande

FE-ADMRECEP-006

Date d'application : 04/04/2016

Version : 3

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 : .....