

<p>Unité de Médecine Moléculaire des Maladies Métaboliques - U4M <i>Diagnostic Anténatal d'une Cause Moléculaire de :</i> Déficit Complet en Lipase Acide Lysosomiale ORPHA275761 (ORPHA75233) Responsable : Dr Pascale BENLIAN <i>pascale.benlian@chru-lille.fr - Secrétariat Tel: 03 20 44 48 01 - Fax: 03 20 44 49 57</i></p>	<p>ADRESSE de l'ENVOI Dr Pascale BENLIAN - U4M Médecine Moléculaire des Maladies Métaboliques, Service Génopathies Centre de Biologie Pathologie (CBP) - CHRU de Lille Rue Paul Nayrac (Réception Analyses Extérieures) - 59037 LILLE cedex <i>u4mhmo@chru-lille.fr</i> Tel: 03 20 44 54 54 - Réception poste 44 801 - Laboratoire poste 29 395</p>
--	--

<p>Identité de la Patiente Etiquette PATIENTE</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>Cadre réservé à la réception</p> <p>Coller Etiquette Molis voir fiche d'instruction "ADM"</p>
---	--	---	--

<p>NATURE et CONDITIONS de l'EXPLORATION</p>	<p>DOCUMENTS À JOINDRE OBLIGATOIREMENT</p>	<p>MODALITES DE PRELEVEMENT et d'ENVOI</p>
<p>Selon le protocole de prélèvement et d'envoi ci-joint</p> <ul style="list-style-type: none"> <input checked="" type="checkbox"/> Recherche de Mutation du Gène de la Lipase Acide Lysosomiale (LIPA) <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 : _____ 	<ul style="list-style-type: none"> <input checked="" type="checkbox"/> Le formulaire de consentement éclairé signé par les parents et par le médecin prescripteur <input checked="" type="checkbox"/> Lettre du Médecin Prescripteur <input checked="" type="checkbox"/> Bon de commande <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>(++) à joindre aux échantillons Sanguins Parentaux</p> <p>TROPHOBLASTE <input type="checkbox"/> 2 Fragments répartis en 2 flasques contenant 10 ml de milieu stérile</p> <p>LIQUIDE AMNIOTIQUE <input type="checkbox"/> 2 tubes de 10 ml sur Tube sec stérile</p> <p>CULTURE CELLULAIRE <input type="checkbox"/> 2 tubes de 10 ml sur Tube sec stérile</p> <p style="text-align: center;"><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 Complet en Lipase Acide Lysosomiale (Maladie de Wolman)**

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:** _____ ■ **Nom du Laboratoire :** _____

■ **Remarque** _____