

**Secrétariat:** 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 : ..... : .....     Liquide amniotique  
 Nom du préleveur : .....     Villosités choriales

NOM de naissance de la MERE : .....  
 PRENOM de la MERE : .....  
 DATE de NAISSANCE : ..... / ..... / .....  
 NOM Marital de la MERE : .....  
 Centre demandeur : ..... Service / Code UF : .....

*Etiquette au nom de la mère*

**Médecin prescripteur :** ..... Téléphone : .....

Joindre **OBLIGATOIREMENT** : - La feuille de liaison de diagnostic prénatal  
 - Les consentements éclairés pour étude génétique (patient **ET** parents)

**Sexe fœtal :**  M     F     Inconnu

CGH-array prénatale (CIRUS : CGHPRE, CGHPR2 voire CGHPR3 pour grossesse multiple)  
 (Puce à façon PrecytoNEM, pour utilisation en prénatal)

Indication : .....  
 .....  
 .....

**Prélèvements Parentaux : 1 tube EDTA 5 ml CHACUN + Joindre les Consentements**  
 (CIRUS : CGPAR)

*Etiquette de la **MERE***

- ✓ Recherche de contamination maternelle
- ✓ qPCR éventuelle pour aider à l'interprétation de la CGH-array prénatale

*Etiquette du **PERE***

- ✓ Recherche de contamination maternelle
- ✓ qPCR éventuelle pour aider à l'interprétation de la CGH-array prénatale

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