

Joindre **OBLIGATOIREMENT** : - La feuille de renseignements cliniques
 - Les consentements éclairés pour étude génétique (patient **ET** parents)

Version : Juillet 2018

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 : : LA VC

Nom du préleveur :

NOM de naissance de la MERE :

PRENOM Complet de la MERE :

SEXE : F M DATE de NAISSANCE : / /

NOM (Marital) de la MERE :

Centre demandeur : Service / Code UF :

Médecin prescripteur : Téléphone :

Etiquette au nom de la mère

CGH-array prénatale (Puce à façon PrecytoNEM, pour utilisation en prénatal)

Sexe fœtal : M F

Indication :

Prélèvements Parentaux : 1 tube EDTA 5 ml CHACUN + Joindre les Consentements

*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			