

(à compléter et joindre OBLIGATOIREMENT au prélèvement)

Version : Janvier 2018

**Secrétariat du service** 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 : ..... : .....

Nom du préleveur : .....

NOM de NAISSANCE : .....

PRENOM Complet du Patient : .....

SEXE : F  M  DATE de NAISSANCE : ..... / ..... / .....

NOM (Marital) Complet du Patient : .....

Centre demandeur : ..... Service / Code UF : .....

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

*Etiquette patient*

**Type de prélèvement** : (Sang, ADN, tissu, biopsie, autre à préciser)

**Conditionnement** : (EDTA, Héparine)

Congelé

**ANALYSES DEMANDEES** : (3-5 ml / EDTA à acheminer à + 4°C)

- Analyse pangénomique par CGH-array 60K (Puce à ADN)
- Q PCR (étude familiale), préciser le nom du propositus et l'anomalie :

.....  
**Joindre obligatoirement une copie du consentement éclairé pour étude génétique  
(sans consentement éclairé reçu, le résultat génétique ne peut être rendu)**

**Renseignements cliniques** :

**Transfusion sanguine < 4 jrs (item obligatoire)** :  NON  OUI

- Déficience intellectuelle ou trouble des apprentissages dans un cadre syndromique
- Malformations, préciser : .....
- Hypotonie
- Déficience intellectuelle ou trouble des apprentissages isolé
- TED, autisme, troubles du comportement
- Caractérisation d'une anomalie découverte au caryotype ou par une autre technique :  
.....
- Foetopathologie, préciser le sexe foetal : .....
- Autres : .....

**Afin de permettre l'interprétation de l'analyse, merci de nous communiquer l'ensemble des données cliniques, et si possible de nous adresser un courrier.**

**Traçabilité des contrôles - Analyses Ext**

Débal		C Admi	
Etique		C Ana	
Décant			