



Fiche de prescription NGS déficiences intellectuelles

Joindre obligatoirement les consentements éclairés pour étude génétique (patient **et** parents)

Joindre obligatoirement la feuille de renseignement clinique

PATIENT

Nom de naissance :

Prénom :

Nom usuel :

DDN :

Sexe : F M

MEDECIN PRESCRIPTEUR

Date de la prescription ___ / ___ / ___

ANALYSE DEMANDEE

PROPOSITUS

Panel NGS

Exome (accord préalable du laboratoire et prescription par un généticien)

Autre

APPARENTE

Propositus + DDN

Ségrégation Sanger

Variation ciblée

Panel NGS

PRELEVEMENT PATIENT

1 tube EDTA 5 ml

Date de prélèvement ___ / ___ / ___

Par

Sang

ADN

Tissu

Prélèvement stocké

Date de l'extraction ___ / ___ / ___

(un nouveau prélèvement est souhaitable)

MERE

Nom de naissance :

Prénom :

Nom usuel :

DDN :

PRELEVEMENT / 1 tube EDTA 5 ml

Date de prélèvement : ___ / ___ / ___

Par

Sang

ADN

Tissu

Prélèvement stocké

Date de l'extraction ___ / ___ / ___

ANALYSES DEMANDES

Pool Panel NGS (si panel NGS)

Ségrégation Sanger

Exome trio

PERE

Nom de naissance :

Prénom :

Nom usuel :

DDN :

PRELEVEMENT / 1 tube EDTA 5 ml

Date de prélèvement : ___ / ___ / ___

Par

Sang

ADN

Tissu

Prélèvement stocké

Date de l'extraction ___ / ___ / ___

ANALYSES DEMANDES

Pool Panel NGS (si panel NGS)

Ségrégation Sanger

Exome trio