



FICHE DE LIAISON DU DIAGNOSTIC POSTNATAL

(à joindre OBLIGATOIREMENT aux échantillons)

COORDONNEES DE L'ORGANISME DEMANDEUR

Demandeur _____
 Adresse _____
 CP _____ Ville _____
 Téléphone _____ Télécopie _____
 E mail _____

IDENTIFICATION DU PATIENT

Nom _____ Prénom _____
 Nom d'épouse _____
 Né(e) le _____ Sexe F M
 Adresse _____
 CP _____ Ville _____
 Téléphone _____

SERVICE CLINIQUE

- Nom du médecin prescripteur : _____
 Adresse _____
 CP _____ Ville _____
 Téléphone _____
 Votre référence _____
 Service/Unité _____

PRELEVEMENT(S)

Type de prélèvement : Sang
 Biopsie de peau
 Autre (Précisez :)
 Date de prélèvement : _____

EXAMEN(S) DEMANDE(S)

Caryotype standard (3-5 ml / Héparine)
 Caryotype Haute Résolution (3-5 ml / Héparine)
 Biologie moléculaire (5 ml / EDTA) :
 (X-fragile, Prader-Willi/Angelman, DMD, microdélétions de l'Y)
 Extraction et conservation d'ADN
 Envoi d'ADN : Analyse :
 Laboratoire :

RENSEIGNEMENTS CLINIQUES

Absence de consanguinité
 Autres :

