

Joindre **OBLIGATOIREMENT** aux prélèvements : - Ce document  
 - Les consentements éclairés pour étude génétique. 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 : ..... : .....  Sang  
 Biopsie de peau  
 Nom du préleveur : .....  Autres .....

NOM de naissance : .....  
 PRENOM: .....  
 SEXE : F  M  DATE de NAISSANCE : ..... / ..... / .....  
 NOM MARITAL: .....  
 Centre demandeur : ..... Service / Code UF : .....  
 Médecin prescripteur : ..... Téléphone : .....

*Etiquette au nom du patient*

**ANALYSES DEMANDEES :**

- Caryotype standard (5 ml / **Héparine** à acheminer à +4°C)
  - Caryotype Standard
  - FISH : .....
- Biologie Moléculaire (5 ml / **EDTA** à acheminer à +4°C)
  - X- fragile
  - Prader-Willi/Angelman
  - SRY
  - Microdélétion de l'Y
- Extraction et conservation d'ADN

**Joindre obligatoirement une copie du consentement éclairé pour étude génétique**  
**(SANS CONSENTEMENT éclairé reçu, le RESULTAT génétique NE PEUT ETRE RENDU)**

**Renseignements cliniques :**

- Trouble de la reproduction :**  Cas index  Etude familiale  
 .....
- Don de gamètes**
- Déficiência intellectuelle / Anomalies du développement :**  Cas index  Etude familiale  
 .....  
 .....

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