



EXAMEN DE GENETIQUE CONSTITUTIONNELLE PRENATAL

Patiente (ou étiquette) :

Nom :

Prénom :

Date de naissance :

Conjoint :

Nom :

Prénom :

Date de naissance :

Prescripteur (ou cachet du service) :

Médecin :

Service :

Hôpital :

Adresse :

Téléphone :

Prélèvement fœtal

Date :

Préleveur :

➤ Joindre systématiquement avec le prélèvement fœtal 5 ml de sang sur EDTA de la mère et du père.

➤ Joindre le consentement éclairé signé ou l'attestation de consultation signée

➤ Horaires de réception des prélèvements : du lundi au vendredi de 8h30 à 17h15

Villosités choriales : Direct Culture

Sang fœtal

Liquide amniotique : Direct Culture

Autre (Préciser) :

DDG : SA

Une partie du prélèvement a-t-elle été confiée à un laboratoire de Cytogénétique pour culture ?

Oui Non Si oui, préciser lequel :

Indication de l'analyse

Antécédent familial

Signes échographiques

Préciser :

Lesquels :

- Nom, prénom, DDN du cas index :

- Lien de parenté :

- Joindre un arbre généalogique

Analyse demandée

.....
.....

Contexte clinique

.....
.....