



**HOPITAL ROBERT DEBRE - UF de Génétique Moléculaire - Pr Hélène Cavé**

Bâtiment Bingen +2  
48, boulevard Sérurier  
75935 Paris cedex 19

tel : 01 40 03 57 11 - fax : 01 40 03 22 77 - [secretariat.genetique-moleculaire.rdb@aphp.fr](mailto:secretariat.genetique-moleculaire.rdb@aphp.fr)

**EXAMEN DE GENETIQUE CONSTITUTIONNELLE PRENATAL**

**Patiente (ou étiquette) :**

Nom : .....  
Prénom : .....  
Date de naissance : .....

**Prescripteur (ou cachet du service) :**

Médecin : .....  
Service : .....  
Hôpital : .....  
Adresse : .....  
Téléphone : .....

**Conjoint :**

Nom : .....  
Prénom : .....  
Date de naissance : .....

**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**

.....  
.....