C.H.U. DE CAEN – Plateforme Génomique - SERVICE DE GENETIQUE
Chef de Service : Dr N. GRUCHY
Centre Hospitalier Universitaire, Bâtiment Biologie Recherche, Avenue de la côte de Nacre, 14033 CAEN cedex 9
Tél. secrétariat : 02 31 06 50 97 - Fax : 02 31 06 35 52 – mail : genetique-sec@chu-caen.fr

N° IEP : NOM DU PATIENT : Nom de Naissance : Prénom : Date de Naissance : Sexe : ☐ M ☐ F Maternité de provenance : Adresse :	PRESCRIPTEUR	SIGNATURE
	Service : UF demandeur :	
	Hôpital demandeur : Tél :	

PRELEVEMENT

☐ **Tissu placentaire** ☐ **Tissus fœtal (préciser) :**	***Flacon stérile sec*** ***Conserver à 4°C*** ***<u>Envoi</u> à température ambiante, en début de semaine*** ***<u>Délai d'acheminement</u> : 24 heures maximum***
Date de prélèvement : *Heure :* *Préleveur :* *Lieu :* *Remarque(s) :*	

Réception du prélèvement dans le laboratoire le : _ _ / _ _ / _ _ _ _ à _ _h_ _min

DEMANDE D'ANALYSE GENETIQUE CONSTITUTIONNELLE APRES FŒTOPATHOLOGIE

PLACENTA ou peau	**POUMON ou autre tissu foetal**
☐ Caryotype après culture ☐ FISH métaphasique, locus : ☐ FISH interphasique 13/21 et X/Y/18 ☐ CGH (sexe fœtal : M ☐ / F ☐) ☐ Stockage ADN ☐ PCR quantitative, locus : ☐ QFPCR	☐ Caryotype après culture (si pas déjà fait sur autre prélèvement ☐ FISH métaphasique, locus : ☐ CGH (sexe fœtal : M ☐ / F ☐) ☐ Stockage ADN ☐ PCR quantitative, locus : ☐ QFPCR

N°TD-HC : Protocole **EMIBICI** : oui ☐ / non ☐

date de l'expulsion :

terme :

INDICATIONS : ☐fausse-couche tardive
☐ mort fœtale in utero
☐ interruption médicale de grossesse, motif :
☐décès néonatal

RENSEIGNEMENTS CLINIQUES

☐ syndrome polymalformatif (préciser) :

☐ dysmorphie faciale (préciser) :

☐ RCIU

autre :

C.H.U. de CAEN
Bâtiment Biologie Recherche
Avenue de la côte de Nacre
14033 CAEN cedex 9

Service de Génétique

PLATEFORME GENOMIQUE

LES PRÉLÉVEMENTS DOIVENT ETRE TRANSPORTÉS A TEMPERATURE AMBIANTE

SERVICE NORMAL du LUNDI au VENDREDI de 8h30 à 16h30

Poste secrétariat : 02 31 06 50 97