

| | | |
|----------------------|------------------------------|-----------|
| N° IEP : | PONCTIONNEUR | SIGNATURE |
| NOM DE LA PATIENTE : | | |
| Nom de Naissance : | | |
| Prénom : | PRESCRIPTEUR | |
| Date de Naissance : | | |
| IDENTITE DU PERE | COORDONNEES DE LA PATIENTE : | |
| NOM: | Adresse : | |
| Prénom : | | |
| Date de Naissance : | Tel : | |

PRELEVEMENT

Liquide amniotique

nombre de flacon(s) :

volume (mL) :

Biopsie de trophoblaste

Sang fœtal

Terme :

Date de prélèvement :

Heure :

Lieu :

Remarque(s) :

Ne pas coller d'étiquette sur le fond du flacon

Conservé à température ambiante

Envoi à température ambiante, à l'abri de la lumière

Délai d'acheminement : 24 heures maximum

Réception du prélèvement dans le laboratoire le : __/__/____ à __h__min

DEMANDE D'ANALYSE CYTOGENETIQUE PRENATALE

Formulaire à joindre à tout prélèvement, **obligatoirement** accompagné du **consentement** de la patiente, de l'**attestation de consultation**, d'une copie de **pièce d'identité** et du formulaire d'**entente préalable** avec copie de l'**attestation d'assuré social**. L'analyse ne pourra être réalisée sans ces documents.

Analyses pangénomiques :

- caryotype en technique conventionnelle
- CGH-array (validation obligatoire par le CPDPN)
- (Sexe foetal : M / F)

Analyses ciblées

- FISH interphasique 13 / 21
- FISH interphasique 18 / X / Y
- QFPCR : 13 / 18 / 21 / X / Y

Merci de remplir ce questionnaire et d'adresser des copies des comptes rendus d'échographie et du résultat de dépistage de la trisomie 21.

Indication

- Risque de trisomie 21 >1/50 par les marqueurs sériques maternels
- Hyperclarté nucale > 3,5 mm Hygroma colli
- Signe(s) d'appel échographique(s) :
- Anomalie chromosomique parentale :
- Antécédent de grossesse à caryotype anormal :
- Diagnostic prénatal moléculaire, maladie :
- DPNI positif :
- Convenance personnelle

Renseignements cliniques

Gestité : Parité :

Date des dernières règles :

Date de grossesse :

Antécédents personnels et familiaux :

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

Service de Génétique

PLATEFORME GENOMIQUE

**LES PRÉLÈVEMENTS DOIVENT ETRE TRANSPORTÉS
A TEMPERATURE AMBIANTE**

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

Poste secrétariat : 02 31 06 50 97