

N° IEP : NOM DU PATIENT : Nom de Naissance : Prénom : Date de Naissance : Sexe : ☐ M ☐ F Adresse :	PRESCRIPTEUR* <i>* Nom du médecin référent si le prescripteur est un interne</i>	SIGNATURE
	Service : UF demandeur : Hôpital : Tél :	

PRELEVEMENT SANGUIN / MOELLE OSSEUSE	
☐ Sang ☐ Tube EDTA (bouchon violet, 1 tube 5 mL) ☐ Tube PaxGene Blood RNA (ARN) ☐ Moelle osseuse ☐ Tube EDTA	<i>Etiqueter chacun des tubes</i> <i>Homogénéiser par retournements (x5-10) après le prélèvement</i> <i>Paxgene : à conserver à la verticale pendant 2h minimum après prélèvement</i> <i>Conserver à température ambiante</i> <i><u>Envoi</u> à température ambiante</i> <i><u>Délai d'acheminement EDTA</u>: 7 jours / Paxgene : 72h</i>
AUTRE PRELEVEMENT	
☐ Tissu (à préciser) ☐ Culot cellulaire ☐ Autre (à préciser)	<i>Congeler rapidement</i> <i>Conserver à -80°C</i> <i><u>Envoi</u> à -20°C (Carboglace)</i>
Date de prélèvement : Heure : Préleveur : Lieu : Nature du prélèvement : Remarque(s) :	

DEMANDE D'EXTRACTION D'ACIDES NUCLEIQUES
POUR STOCKAGE OU ENVOI EXTERIEUR

Formulaire à joindre à tout prélèvement, **obligatoirement** accompagné du consentement du patient et d'une copie de l'attestation de consultation. ***L'analyse ne pourra être réalisée sans ces documents.***

Demande ☐ stockage ☐ envoi extérieur (préciser) : ☐ protocole (préciser) :		
Extraction ☐ ADN ☐ ARN ☐ pas d'extraction		

Renseignements cliniques

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

Service de Génétique

PLATFORME GENOMIQUE

**LES PRÉLÈVEMENTS DOIVENT ETRE TRANSPORTÉS
VERTICALEMENT**

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

Poste secrétariat : 02 31 06 50 97