



CENTRE DE CYTOGENETIQUE

Hôpital Saint Vincent de Paul

Boulevard de Belfort – BP 387, 59020 Lille Cedex

Tél. : 03 20 87 76 57 - Fax : 03 20 87 76 59

Email : sec_cytogenetique_sv@ghicl.net

Pr B. DELOBEL - Dr B. DUBAN-BEDU

FICHE DE PRELEVEMENT D'ANALYSES GENETIQUES POSTNATALES

- Impératif**
- 1- joindre le consentement du patient (ou de son représentant légal), et l'attestation du prescripteur (cf. document joint)
 - 2- joindre la prescription avec les coordonnées précises du prescripteur et/ou les courriers motivant la réalisation des analyses
 - 3- joindre si nécessaire des photos (vous pouvez les adresser par e-mail)
 - 4- pour les prélèvements extérieurs au GHICL, joindre les coordonnées administratives (adresse, téléphone) du patient et le bon de commande de l'hôpital.

N.B Pour l'organisation du service, il est préférable de prendre rendez-vous ou au moins, de prévenir de l'envoi du prélèvement

Identification	Patient (ou coller étiquette) Nom usuel : Prénom : Nom de naissance :	Prescripteur (ou tampon) Nom : Prénom :
	Date de naissance : sexe M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	Service : Hôpital : Tél :

Analyse(s) demandée(s)

√ Cytogénétique conventionnelle et FISH :

1 tube de 4 ml (2 minimum) sur héparinate de lithium

Caryotype standard

Recherche de maladie cassante

préciser : Fanconi, Ataxie-télangiectasie, Nijmegen, Bloom

FISH

syndrome recherché ou région à analyser :

√ Analyses complémentaires (transmises par notre centre à un laboratoire correspondant) :

1 tube de 4 ml (2 minimum) sur EDTA pour chaque analyse

Analyse chromosomique par puce à ADN (CGH-array, SNPs...)

qPCR (parents d'un enfant porteur d'un microremaniement chromosomique)

Etude en biologie moléculaire

préciser : - Xfragile, Angelman, Willi-Prader, Steinert

- autre

(veuillez contacter le **03 20 87 76 57**)

Indication



SAINT VINCENT DE PAUL

CENTRE DE CYTOGENETIQUE

Hôpital Saint Vincent de Paul

Boulevard de Belfort – BP 387, 59020 Lille Cedex

Tél. : 03 20 87 76 57 - Fax : 03 20 87 76 59

Email : sec_cytogenetique_sv@ghicl.net

Pr B. DELOBEL - Dr B. DUBAN-BEDU

PATIENT (ou étiquette)

Nom usuel :
 Prénom :
 Nom de naissance :

Date de naissance :
 sexe M F

A REMPLIR IMPERATIVEMENT

PRÉLEVEUR

Nom :
 Prénom :

Date :
 Heure :

Nature du prélèvement :

Sang

Tubes à prélever :

.....tube(s) sur héparine lithium (**vert**) de 4 ml

..... tube(s) sur EDTA (**mauve**) de 4 ml

..... tube(s) surde ml

Quantité minimale requise : 2 ml par tube

Nombre de tubes prélevés :

Si prélèvement difficile (nouveau-né),
 Veuillez contacter le **03 20 87 76 57**

Placenta (MFIU)

Biopsie cutanée
 peau saine peau lésée

Autre

Nombre de contenants

Nombre de contenants

Nombre de contenants

Remarques éventuelles sur le prélèvement :

Conditions d'acheminement

- température ambiante si acheminement dans la journée
- pour les prélèvements extérieurs au GHICL : conservation entre 2 et 8 °C si acheminement ultérieur (maximum 72 h pour un prélèvement sanguin et 48 h pour une biopsie cutanée)