



**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

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

**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) sur .....de .... 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)