



**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](mailto: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 :  
  
 Date de naissance :  
 sexe M  F

**Prescripteur (ou tampon)**

Nom :  
 Prénom :  
  
 Service :  
 Hôpital :  
**Tél :**

**Analyse(s) demandée(s) :**

➤ **Cytogénétique conventionnelle et moléculaire :**

**Caryotype standard**

**Recherche de maladies cassantes :**

- préciser : Fanconi, Ataxie-télangiectasie, Nijmegen, Bloom

**FISH**

- syndrome recherché ou région à analyser :  
 .....
- pour analyse parentale, préciser le CNV et/ou le propositus :  
 .....

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

**Analyse chromosomique sur puce à ADN = ACPA (CGH-array)**

1 tube de **4 ml** (2 ml minimum) sur **EDTA + si possible** 1 tube de 4 ml (2 min.) sur **héparinate de lithium** (pour éventuelle vérification en FISH)

➤ **Biologie moléculaire (sous traitée à un autre laboratoire) :**

- Xfragile  Angelman  Willi-Prader  Steinert
- autre ..... (contacter le 03 20 87 76 57)

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

**Indication :**



**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](mailto:sec_cytogenetique_sv@ghicl.net)

Pr B. DELOBEL - Dr B. DUBAN-BEDU

**A REMPLIR IMPERATIVEMENT**

<b>PATIENT</b> (ou <i>étiquette</i> )
Nom usuel :
Prénom :
Nom de naissance :
Date de naissance :
sexe M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>

<b>PRÉLEVEUR</b>
Nom :
Prénom :
Date :
Heure :

**Nature du prélèvement :**

**Sang**

**Tubes à prélever :**

**Nb. de tubes prélevés :**

..... 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

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

**Placenta (MFIU)**

**Nb. de contenants**

**Biopsie cutanée**

**Nb. de contenants**

peau saine  peau lésée

**Autre** .....

**Nb. 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*)