

FICHE DE RENSEIGNEMENT POUR CARYOTYPE POSTNATAL

IDENTITE DU PATIENT

Nom : Nom de jeune fille :
Prénom : Date de naissance :
Adresse :
.....
Tél. :

MEDECIN PRESCRIPTEUR

Cachet du médecin prescripteur

Nom :
Adresse :
.....
Tél. : Fax :

PRELEVEMENT :

- 5ml de sang total. Prélever sur tube stérile vacutainer héparinate de lithium.
- Les prélèvements peuvent être effectués, de préférence les **lundi, mardi et vendredi**, le sang doit nous parvenir le jour même(ou le lendemain par chronopost).
- Joindre à l'échantillon de sang, **l'original de la prescription médicale, cette fiche dûment complétée l'attestation et le consentement signés respectivement par le prescripteur et la famille.**

INDICATION (Ces renseignements nous sont nécessaires pour choisir nos techniques cytogénétiques)

- **Patient avec :**
 - Phénotype évocateur d'un syndrome chromosomique connu , préciser :
 - Ambiguïté sexuelle
 - Retard de croissance intra-utérin inexpliqué
 - Hypotonie néonatale avec dysmorphie
 - Dysmorphie non identifiée:
 - Syndrome polymalformatif :
 - Retard des acquisitions/retard mental et/ou troubles du comportement
 - Petite taille chez une fille - Retard pubertaire
 - Aménorrhée primaire ou secondaire - Ménopause précoce
 - Anomalie du spermogramme(préciser) :
 - Suspicion d'un syndrome spécifique avec microdélétion/duplication :
- **Bilan chez le couple**
 - Pré-FIV - Pré-ICSI
 - Avortements spontanés à répétition - Stérilité
 - Diagnostic prénatal d'une anomalie chromosomique, ou d'un variant inhabituel
 - Enfant décédé suspect d'anomalie chromosomique
- **Divers**
 - Enquête familiale : anomalie chromosomique connue ou apparenté suspect d'anomalie chromosomique non disponible pour l'analyse.
 - Vérification ou complément d'un diagnostic prénatal / postnatal.
- **Autres ou précisions :**