



POLE BIOSPHARM
SERVICE DE GENETIQUE
LABORATOIRE DE GENETIQUE BIOLOGIQUE
 Tél secrétariat : 05 49 45 49 71 - Fax : 05 49 45 49 72

MEDECIN PRESCRIPTEUR :

Sage-femme.....

PATIENTE :	<div style="border: 1px solid black; padding: 10px; width: 80%; margin: auto;"> <p style="text-align: center;">Étiquette Patient</p> <p style="text-align: center; font-weight: bold; font-size: 1.2em;">CHU</p> </div>	CONJOINT :
Nom :		Nom :
Prénom :		Prénom :
Nom de jeune fille :		Né :
Née :		
Adresse :		

PRELEVEMENT

LA Sang fœtal Villosités choriales Placenta Cordon Autres

Date du prélèvement : __/__/____ Terme : __ SA Lieu du prélèvement :

DG : __/__/____ Acc prévu le : __/__/____ Lieu d'accouchement :

INDICATION
 (+prélèvement maternel sur EDTA pour étude des contaminations maternelles)

- Test ADNlibre circulant positif ou ininterprétable 3
- Anomalie chromosomique parentale : 3
 Mère Père Formule :
- Signes d'appel échographiques autre que nuque : 4

- Clarté nucale ≥ 3.5 (hygroma inclus) avant 13SA +6j=mm 5
- Tests combinés du 1^{er} trimestre =1/ 6
- Antécédent pour le couple de grossesse avec caryotype anormal : 7
 Formule :
- Recherche de mosaïque placentaire (nombre de fragments :)
- Mort fœtale in utero, fausse couche spontanée :
 autres signes échographiques :
- sans signes échographiques
- Autres / détails :

Sexe de l'enfant demandé :
 OUI NON

ISSUE DE GROSSESSE:

Grossesse en cours

Enfant né

MFIU

IMG

Autres

ANTECEDENTS OBSTETRICAUX DE LA PATIENTE	ANTECEDENTS FAMILIAUX DU COUPLE	
Nombre : Même partenaire Partenaire différent	Côté maternel	Côté paternel
<input type="checkbox"/> Grossesses normales :	<input type="checkbox"/> Stérilité
<input type="checkbox"/> FCS :	<input type="checkbox"/> Handicap mental
<input type="checkbox"/> Pathologie chez un enfant :	<input type="checkbox"/> Mal. génétique(laquelle).....
	<input type="checkbox"/> Autre
Le père a-t-il eu d'autres enfants avec une autre partenaire ? =.....		