



DEMANDE D'ANALYSE DE CYTOGENETIQUE

Laboratoire BIOXA – CHATILLONS

Docteurs JM. DOSSOT, V. DUPONT-GAUDIN et E. NOWAK

4, rue Magellan – 51100 REIMS

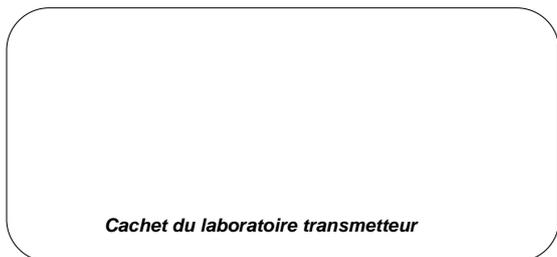
☎ 03.26.04.34.94 Fax : 03.26.47.22.95

PATIENT(E)

Nom : Sexe : F M
Prénom : Date de naissance : [] [] [] [] [] [] [] [] [] []
Adresse :
CP : [] [] [] [] [] [] Ville :

Si le (la) patient(e) est mineur(e), le consentement doit être signé par les parents.

LABORATOIRE D'ANALYSES MEDICALES TRANSMETTEUR



Cachet du laboratoire transmetteur

Date de prélèvement : [] [] [] [] [] [] [] [] [] []

Facturation : Laboratoire

NATURE DU PRELEVEMENT

Sang total hépariné (cytogénétique) Sang total EDTA (génétique moléculaire)

ANALYSES DEMANDEES (joindre la prescription)

Caryotype sanguin standard / constitutionnel
 Recherche de microdélétion par Hybridation in Situ (FISH) :
↳ Préciser :
 Génétique moléculaire : **transmis au Laboratoire agréé en génétique moléculaire**
↳ Préciser :

INDICATIONS & RENSEIGNEMENTS CLINIQUES : à préciser impérativement

Trouble de la reproduction - **Préciser** (Echecs FIV-ICSI, Fausse-couche, Azoospermie):
 Etudes familiales :
(Joindre le compte-rendu du cas index et le degré de parenté)
 Retard mental, syndrome dysmorphique, anomalies du développement :
 Autre - **Préciser** :
 Patient sous immunosuppresseur : Oui Non

ATTESTATION DE CONSULTATION

En application de l'article L.1131-5 et de l'article R.1131-4 du code de la santé publique,

Le Docteur
atteste avoir effectué avant le prélèvement pour

Mlle, Mme, M.

une consultation médicale individuelle qui a permis :

- d'informer la personne des caractéristiques de la maladie recherchée
- des moyens de la détecter
- des possibilités de prévention et de traitement
- de recueillir par écrit le consentement du patient ou tuteur légal

Date et signature du prescripteur :

CONSENTEMENT LIBRE ET ECLAIRE

Après la consultation médicale prévue à l'article L.1131-5 et l'article R.1131-4 du code de la santé publique,

je soussigné(e) :

né(e) le :

déclare avoir été informé(e) sur les analyses de cytogénétique ou de génétique moléculaire qui seront faites à partir du prélèvement réalisé ce jour sur

ma personne et/ou l'enfant

cette étude étant réalisée dans le but diagnostic, j'autorise l'utilisation des différentes techniques nécessaires à cette étude. L'analyse peut révéler d'autres caractéristiques que celles recherchées dans mon cas. Le résultat de l'examen me sera rendu et expliqué par le médecin qui me l'a prescrit.

Je consens au prélèvement ainsi qu'à l'analyse.

Date et signature de l'intéressé(e) :

▪ **Caryotype**

- **Sang** : 2 tubes de 5 ml (dans la mesure du possible, 2 tubes de 1 ml pour nouveau-né) de sang total sur héparinate de lithium (bouchon vert)

↳ Température ambiante ou + 4°C – Pas de tube à gel – Ne pas centrifuger

- **Peau, biopsie, autres tissus** : 1 fragment prélevé stérilement, placé dans un flacon avec milieu de transport* ou à défaut sérum physiologique (jamais de fixateur).

↳ Température ambiante

▪ **Génétique moléculaire** : Transmis au laboratoire agréé en génétique moléculaire

- Sang : 5 ml de sang total (2 ml nouveau-né) sur EDTA (bouchon violet)

↳ Température ambiante – Ne pas centrifuger

* *Les milieux de transports sont à votre disposition sur demande.*



DEMANDE D'ANALYSE DE CYTOGENETIQUE

Laboratoire BIOXA – CHATILLONS

Docteurs JM. DOSSOT, V. DUPONT-GAUDIN et E. NOWAK

4, rue Magellan – 51100 REIMS

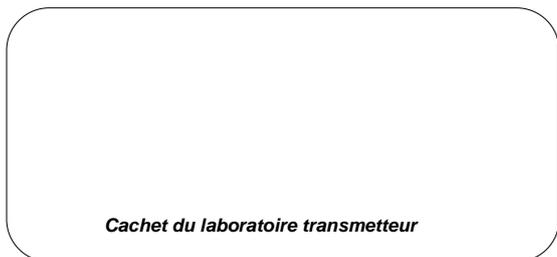
☎ 03.26.04.34.94 Fax : 03.26.47.22.95

PATIENT(E)

Nom : Sexe : F M
Prénom : Date de naissance : [] [] [] [] [] [] [] [] [] []
Adresse :
CP : [] [] [] [] [] [] Ville :

Si le (la) patient(e) est mineur(e), le consentement doit être signé par les parents.

LABORATOIRE D'ANALYSES MEDICALES TRANSMETTEUR



Date de prélèvement : [] [] [] [] [] [] [] [] [] []

Facturation : Laboratoire

NATURE DU PRELEVEMENT

Sang total hépariné (cytogénétique) Sang total EDTA (génétique moléculaire)

ANALYSES DEMANDEES (joindre la prescription)

Caryotype sanguin standard / constitutionnel
 Recherche de microdélétion par Hybridation in Situ (FISH) :
↳ Préciser :
 Génétique moléculaire : **transmis au Laboratoire agréé en génétique moléculaire**
↳ Préciser :

INDICATIONS & RENSEIGNEMENTS CLINIQUES : à préciser impérativement

Trouble de la reproduction - **Préciser** (Echecs FIV-ICSI, Fausse-couche, Azoospermie) :
 Etudes familiales :
(Joindre le compte-rendu du cas index et le degré de parenté)
 Retard mental, syndrome dysmorphique, anomalies du développement :
 Autre - **Préciser** :
 Patient sous immunosuppresseur : Oui Non

ATTESTATION DE CONSULTATION

En application de l'article L.1131-5 et de l'article R.1131-4 du code de la santé publique,

Le Docteur
atteste avoir effectué avant le prélèvement pour

Mlle, Mme, M.
une consultation médicale individuelle qui a permis :
▪ d'informer la personne des caractéristiques de la maladie recherchée
▪ des moyens de la détecter
▪ des possibilités de prévention et de traitement
▪ de recueillir par écrit le consentement du patient ou tuteur légal

Date et signature du prescripteur :

CONSENTEMENT LIBRE ET ECLAIRE

Après la consultation médicale prévue à l'article L.1131-5 et l'article R.1131-4 du code de la santé publique,

je soussigné(e) :

né(e) le :

déclare avoir été informé(e) sur les analyses de cytogénétique ou de génétique moléculaire qui seront faites à partir du prélèvement réalisé ce jour sur

ma personne et/ou l'enfant

cette étude étant réalisée dans le but diagnostic, j'autorise l'utilisation des différentes techniques nécessaires à cette étude. L'analyse peut révéler d'autres caractéristiques que celles recherchées dans mon cas. Le résultat de l'examen me sera rendu et expliqué par le médecin qui me l'a prescrit.

Je consens au prélèvement ainsi qu'à l'analyse.

Date et signature de l'intéressé(e) :

▪ **Caryotype**

- **Sang** : 2 tubes de 5 ml (dans la mesure du possible, 2 tubes de 1 ml pour nouveau-né) de sang total sur héparinate de lithium (bouchon vert)

↳ Température ambiante ou + 4°C – Pas de tube à gel – Ne pas centrifuger

- **Peau, biopsie, autres tissus** : 1 fragment prélevé stérilement, placé dans un flacon avec milieu de transport* ou à défaut sérum physiologique (jamais de fixateur).

↳ Température ambiante

▪ **Génétique moléculaire** : Transmis au laboratoire agréé en génétique moléculaire

- Sang : 5 ml de sang total (2 ml nouveau-né) sur EDTA (bouchon violet)

↳ Température ambiante – Ne pas centrifuger

* Les milieux de transports sont à votre disposition sur demande.



DEMANDE D'ANALYSE DE CYTOGENETIQUE

Laboratoire BIOXA – CHATILLONS

Docteurs JM. DOSSOT, V. DUPONT-GAUDIN et E. NOWAK

4, rue Magellan – 51100 REIMS

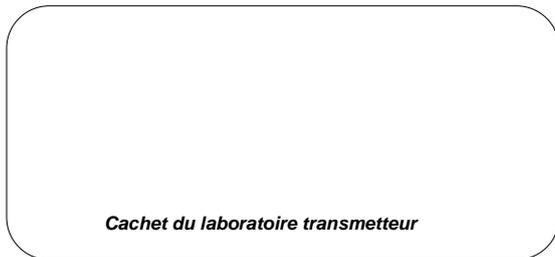
☎ 03.26.04.34.94 Fax : 03.26.47.22.95

PATIENT(E)

Nom : Sexe : F M
Prénom : Date de naissance : [] [] [] [] [] [] [] [] [] []
Adresse :
CP : [] [] [] [] [] [] Ville :

Si le (la) patient(e) est mineur(e), le consentement doit être signé par les parents.

LABORATOIRE D'ANALYSES MEDICALES TRANSMETTEUR



Cachet du laboratoire transmetteur

Date de prélèvement : [] [] [] [] [] [] [] [] [] []

Facturation : Laboratoire

NATURE DU PRELEVEMENT

Sang total hépariné (cytogénétique) Sang total EDTA (génétique moléculaire)

ANALYSES DEMANDEES (joindre la prescription)

Caryotype sanguin standard / constitutionnel
 Recherche de microdélétion par Hybridation in Situ (FISH) :
↳ Préciser :
 Génétique moléculaire : **transmis au Laboratoire agréé en génétique moléculaire**
↳ Préciser :

INDICATIONS & RENSEIGNEMENTS CLINIQUES : à préciser impérativement

Trouble de la reproduction - **Préciser** (Echecs FIV-ICSI, Fausse-couche, Azoospermie):
 Etudes familiales :
(Joindre le compte-rendu du cas index et le degré de parenté)
 Retard mental, syndrome dysmorphique, anomalies du développement :
 Autre - **Préciser** :
 Patient sous immunosuppresseur : Oui Non

ATTESTATION DE CONSULTATION

En application de l'article L.1131-5 et de l'article R.1131-4 du code de la santé publique,

Le Docteur
atteste avoir effectué avant le prélèvement pour

Mlle, Mme, M.
une consultation médicale individuelle qui a permis :
▪ d'informer la personne des caractéristiques de la maladie recherchée
▪ des moyens de la détecter
▪ des possibilités de prévention et de traitement
▪ de recueillir par écrit le consentement du patient ou tuteur légal

Date et signature du prescripteur :

CONSENTEMENT LIBRE ET ECLAIRE

Après la consultation médicale prévue à l'article L.1131-5 et l'article R.1131-4 du code de la santé publique,

je soussigné(e) :

né(e) le :

déclare avoir été informé(e) sur les analyses de cytogénétique ou de génétique moléculaire qui seront faites à partir du prélèvement réalisé ce jour sur

ma personne et/ou l'enfant

cette étude étant réalisée dans le but diagnostic, j'autorise l'utilisation des différentes techniques nécessaires à cette étude. L'analyse peut révéler d'autres caractéristiques que celles recherchées dans mon cas. Le résultat de l'examen me sera rendu et expliqué par le médecin qui me l'a prescrit.

Je consens au prélèvement ainsi qu'à l'analyse.

Date et signature de l'intéressé(e) :

▪ Caryotype

- **Sang** : 2 tubes de 5 ml (dans la mesure du possible, 2 tubes de 1 ml pour nouveau-né) de sang total sur héparinate de lithium (bouchon vert)

↳ Température ambiante ou + 4°C – Pas de tube à gel – Ne pas centrifuger

- **Peau, biopsie, autres tissus** : 1 fragment prélevé stérilement, placé dans un flacon avec milieu de transport* ou à défaut sérum physiologique (jamais de fixateur).

↳ Température ambiante

▪ Génétique moléculaire : Transmis au laboratoire agréé en génétique moléculaire

- Sang : 5 ml de sang total (2 ml nouveau-né) sur EDTA (bouchon violet)

↳ Température ambiante – Ne pas centrifuger

* Les milieux de transports sont à votre disposition sur demande.