

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:**