

## Renseignements cliniques pour la prescription des analyses de génétique Constitutionnelle\*

Nom :			
Nom de jeune fille :			
Prénom :			
Date de Naissance			
Analyse :			
Identité préleveur			
Date du prélèvement		Heure du prélèvement :	
Nature du prélèvement	<input type="checkbox"/> Sang	<input type="checkbox"/> Sang fœtal	<input type="checkbox"/> Villosités choriales
	<input type="checkbox"/> Autre ( <i>précisez</i> ) :		
		<input type="checkbox"/> Liquide Amniotique	

### ANTERIORITES

<input type="checkbox"/> Patient connu du service	
<input type="checkbox"/> Famille connue du service ( <i>précisez</i> )	
Nom du cas index :	
Lien de parenté :	
<input type="checkbox"/> Inconnu	
Si grossesse, terme (SA) :	

### RENSEIGNEMENTS CLINIQUES OBLIGATOIRE

--

Prescripteur :		Signature :	
Service - Adresse :			

\* Rappel :

Tous les prélèvements pour examens des caractéristiques génétique doivent impérativement être accompagnés :

- De l'attestation de recueil du consentement éclairé (cf. CSP : Art. R. 145-15-5)
- Des renseignements cliniques
- Du bon de demande d'examen ou prescription médicale signé par le prescripteur.