Hôpital de la Mère et de l'Enfant - 8, Av Larrey - 87042 Limoges

SERVICE DE CYTOGENETIQUE

Pr Catherine YARDIN
Dr Sylvie BOURTHOUMIEU - Dr Françoise ESCLAIRE - Dr Valentine MARQUET
Secrétariat : 05 55 05 86 55 – Fax : 05 55 05 86 54

ORDONNANCE
Examens de cytogénétique constitutionnelle (caryotype et FISH)

*Pour TOUT prélèvement : Joindre ce document complété et **signé au verso***

IDENTITE DU PATIENT *Pour CHU : étiquette indispensable*

ENFANT :

Nom : …….....

Prénom : ……

Date de naissance : …..... Sexe : ❑F ❑M

Nom et Prénom de la mère : …… …… ....

Nom et Prénom du père : …….... ……

Adresse : …….....

…… ….. Tel : ……

ADULTE :

Nom : …….....

Prénom : ……

Nom de naissance : ……..

Date de naissance : ….....Sexe : ❑F ❑M

Nom et Prénom du (de la) conjoint(e) :

…….. ……

Adresse : ……

…… ……...Tel : ……

PRELEVEMENT

*Avant tout prélèvement, prendre **rendez-vous** auprès du laboratoire : 05 55 05 86 55*

Rendez-vous n°	**Identification** du préleveur	**Date** du prélèvement	**Heure** du prélèvement

❑ SANG *Prélevé sur tube à bouchon vert foncé (héparinate de sodium)*

❑ BIOPSIE DE PEAU

❑ FROTTIS JUGAL (uniquement pour FISH)

➢*A acheminer au laboratoire à température ambiante, au maximum dans les **24 heures***

ANALYSES DEMANDEES

❑ CARYOTYPE

❑ Recherche d'aneuploïdie ou microdélétion par FISH (préciser) : ……

,……

……

INDICATIONS

❑ Troubles de la reproduction

❑ Retard mental / Anomalies morphologiques

❑ Enquête familiale

❑ Autre :

RENSEIGNEMENTS CLINIQUES

❑ retard psychomoteur / retard mental

❑ dysmorphie : ……..……

……....

……..

❑ malformations : ……..……

……...

……

❑ retard de croissance

❑ retard pubertaire

❑ épilepsie :

❑ autisme ou autre TED :

❑ fausses couches à répétition

❑ infertilité

❑ spermogramme anormal

❑ échec de FIV

❑ bilan pré-FIV ➢ *date de FIV :*

❑ bilan pré-ICSI ➢ *date d'ICSI :*

❑ aménorrhée primaire

❑ ménopause précoce

❑ parent d'un enfant porteur d'une anomalie chromosomique *(joindre caryotype)*

❑ autre(s) :

Si grossesse en cours, préciser la date de début de grossesse :

ANTECEDENTS PERSONNELS ET FAMILIAUX : *(joindre arbre généalogique si nécessaire)*

*Signaler toute **leucopénie** ou tout **traitement leucopéniant** en cours (préciser lequel) :*

MEDECIN PRESCRIPTEUR	**MEDECIN CORRESPONDANT**	
Nom : *Adresse* *Service/UF* *Ou Tampon*	*Nom :* *Adresse* *Service/UF* *Ou Tampon*	

ATTESTATION DE CONSULTATION PREALABLE A UNE ANALYSE DE CYTOGENETIQUE

(décret 2008-321 Avril 2008)

Conformément à l'article R-1131-5 du Code de la Santé Publique, je soussigné, **Docteur*** ……..……..…… certifie :

- avoir informé le patient (ou son représentant légal) nommé ci-contre des caractéristiques de la maladie recherchée, des moyens de la détecter, du degré de fiabilité des analyses, des possibilités de prévention et de traitement ;
- avoir recueilli son consentement dans les conditions prévues à l'article R-1131-4 du Code de la Santé Publique.

Date :

Signature du médecin
(obligatoire)

** Le prescripteur est un médecin thésé*

CONSENTEMENT DU PATIENT OU DE SON REPRESENTANT LEGAL

(décret 2008-321 Avril 2008)

Après la consultation médicale prévue à l'article R-1131-5 du Code de la Santé Publique, je soussigné(e), **Monsieur / Madame** …… …….. …….
Représentant légal de …….
déclare avoir été informé(e) par le Docteur..…… ……
sur la nature et les buts de l'analyse cytogénétique qui m'est proposée et avoir reçu les informations suivantes :

- Cette analyse nécessite un prélèvement de sang ou de peau (ou de cellules jugales).
- Cette analyse nécessite une culture cellulaire : un échec de celle-ci est possible et peut rendre nécessaire un deuxième prélèvement.
- L'analyse effectuée peut révéler d'autres affections que celle recherchée dans mon cas, et elle peut ne pas mettre en évidence une anomalie non détectable par les techniques utilisées.
- Le résultat de l'analyse me sera rendu et expliqué par le médecin qui me l'a prescrit.

Je consens au prélèvement ainsi qu'à l'analyse de cytogénétique pour laquelle il est effectué.

Date :

Signature du (de la) patient(e)
(obligatoire)

Conformément à la loi, le résultat ne sera adressé qu'au(x) prescripteur(s) .

Réservé au laboratoire

N° d'échantillon :

Cotation :

Acheminé par :
- ❑*Service préleveur*
- ❑*Collecte CHU*
- ❑*Chronopost*
- ❑*Coursier externe :* ……
- ❑*Autre :* ……

Réception :
- *date :*
- *heure :*
- *par :*

Nombre de tubes :

Vérification conformité préanalytique :

Document(s)	☐ *CONFORME*
	☐ *NON CONFORME*
Echantillon	☐ *CONFORME*
	☐ *NON CONFORME*