

H. MITTRE, *MCU-PH* - N. RICHARD, *PH* – A. MOLIN, *PHU* – mail : nom-initialduprenom@chu-caen.fr

N° IEP : NOM DU PATIENT : NOM DE NAISSANCE : Prénom : Date de Naissance : Sexe : <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F Adresse : N° S.S. : Nom de l'Assuré : Adresse de la Caisse :	PRESCRIPTEUR	SIGNATURE
	Service : UF demandeur : Hôpital : Tél :	

PRELEVEMENT SANGUIN			
<u>tube sur EDTA (tubes à bouchon violet)</u> - 5 ml de sang pour un adulte, 3 ml pour un enfant - étiqueter chacun des tubes - bien agiter après le prélèvement	Conserver à température ambiante <u>Envoi à température ambiante.</u> <u>Délai d'acheminement : 72 heures maximum</u>		
Date de prélèvement :	Heure :	Préleveur :	Lieu :
Nature du prélèvement :	Nature de l'échantillon envoyé (si autre que sang total) :		
Remarque(s) :			
Réception du prélèvement dans le laboratoire le : __/__/____ à __h__min			

SYNDROME DE DEFICIT EN AROMATASE

(recherche de mutation sur le gène CYP19A1)

Formulaire à joindre à tout prélèvement, **obligatoirement** accompagné du consentement du patient et d'une copie de l'attestation de consultation. **L'analyse ne pourra être réalisée sans ces documents.**

Merci de remplir ce questionnaire et/ou d'adresser des photographies, des copies des courriers de consultation et des résultats des examens complémentaires, éléments nécessaires à une bonne interprétation des variants géniques identifiés.

Renseignements cliniques

taille= cm poids= kg

âge de la puberté :

âge osseux :

stade S

Biologie

estrone (E1)= pg/mL

estradiol (E2)= pg/mL

testostérone= ng/mL

LH= UI/L

FSH= UI/L

Autre renseignement :

Arbre généalogique

consanguinité : oui (préciser sur l'arbre) non

origine ethno-géographique :

C.H.U. de CAEN - Hôpital Clemenceau
Avenue Georges Clemenceau
CS 30001
14033 CAEN cedex 9

Service de Génétique

LABORATOIRE DE GÉNÉTIQUE

**LES PRÉLÈVEMENTS DOIVENT ÊTRE TRANSPORTÉS
VERTICALEMENT**

SERVICE NORMAL du LUNDI au VENDREDI de 8h30 à 16h30

Poste secrétariat : 02 31 06 50 97