CHU ROUEN NORMANDIE

NOM :
Prénom :
NOM de naissance :
Né(e) le :
Sexe :
Numéro patient :
Service demandeur :

ETIQUETTE PATIENT

Prescripteur : _____

Préleveur : _____
Fonction : _____

Signature :

CY PostN

CYTOGENETIQUE POSTNATALE

DSEL0036019

DATE DE PRELEVEMENT ☐☐/☐☐/☐☐ (J J / M M / A A)

HEURE ☐☐/☐☐ (H H / M M)

Horaires de réception des prélèvements : du lundi au vendredi de 08h30 à 16h30

Tel : 02 32 88 82 20 **Fax : 02 32 88 19 42**

Dr Géraldine JOLY-HELAS (68809) ; Dr Pascal CHAMBON (65761) ; Dr Nathalie LE MEUR (65460) ; Dr Kévin CASSINARI (67129)

Prélèvement	Examen(s) ☐ URGENT (préciser.....)
☐ **SANG sur tube HEPARINE** - Prélevé stérilement sur tube à bouchon vert - A transmettre à température ambiante - Volume souhaité : 5 mL, sauf enfant <5 ans : 2mL	☐ Caryotype standard ☐ FISH : ..... ☐ Culot cytogénétique ☐ Autre : .....
☐ **SANG sur tube EDTA** - Prélevé stérilement sur tube à bouchon violet - A transmettre à température ambiante - Volume souhaité : 5 mL, sauf enfant <5 ans : 2mL	☐ Conservation de sang en vue d'une PCR digitale ☐ PCR digitale (préciser le locus) ..... ☐ Autre :
☐ **Placenta** ☐ **Peau** ☐ **Autre : .....**	☐ Caryotype standard ☐ FISH : ..... ☐ Conservation de matériel ☐ Autre :

Indication(s)

☐ Anomalie du développement
- O Retard mental
- O Dysmorphie
- O Retard de croissance
- O Malformation : .....
- O MFIU (préciser le terme) : .....

☐ En vue d'un don de gamètes

☐ Troubles de la fertilité
- O Insuffisance ovarienne prématurée
- O Aménorrhée
- O Fausses couches à répétition
- O Anomalie du spermogramme : .....

☐ Etude familiale : apparenté porteur d'une anomalie chromosomique (joindre le compte-rendu de l'analyse)
Remaniement:.....
Apparenté : NOM.....Prénom.....Lien de parenté.....

☐ Autre : .....

Le prescripteur autorise la réalisation d'une éventuelle technique complémentaire nécessaire à l'interprétation de l'analyse demandée.

Signature du médecin prescripteur :

Cadre réservé au laboratoire

CHU ROUEN NORMANDIE

PÔLE DE BIOLOGIE CLINIQUE

CY PostN

LABORATOIRE DE CYTOGENETIQUE

Pr Claude HOUDAYER

Horaires de réception des prélèvements : **du lundi au vendredi de 8h30 à 16h30**

Tél. 02 32 88 82 20 Fax : 02 32 88 19 42
Dr Géraldine JOLY-HELAS (68809) ; Dr Pascal CHAMBON (65761) ; Dr Nathalie LE MEUR (65460) ; Dr Kévin CASSINARI (67129)

Pavillon DEROCQUE

Hôpital Charles Nicolle, 37 boulevard Gambetta
76031 ROUEN CEDEX
Tél. 02 32 88 82 20 Fax : 02 32 88 19 42

DEMANDE D'ANALYSE CYTOGENETIQUE POSTNATALE

LABORATOIRE DE CYTOGENETIQUE

Pr Claude HOUDAYER

Horaires de réception des prélèvements : **du lundi au vendredi de 8h30 à 16h30**

Tél. 02 32 88 82 20 Fax : 02 32 88 19 42
Dr Géraldine JOLY-HELAS (68809) ; Dr Pascal CHAMBON (65761) ; Dr Nathalie LE MEUR (65460) ; Dr Kévin CASSINARI (67129)

Pavillon DEROCQUE

Hôpital Charles Nicolle, 37 boulevard Gambetta
76031 ROUEN CEDEX
Tél. 02 32 88 82 20 Fax : 02 32 88 19 42

DEMANDE D'ANALYSE CYTOGENETIQUE POSTNATALE