Bon de Demande: Cytogénétique Constitutionnelle Post-Natale

LABORATOIRE DE CYTOGENETIQUE
Hôpital Archet 2, niv.-3- ; Tél: 0492036460 ; Fax: 0492036465

PATIENT Etiquette ou nom, prénom, date de naissance, sexe	**PRESCRIPTEUR** Nom-Prénom (Sénior obligatoire) Tel :

JOINDRE OBLIGATOIREMENT L'ATTESTATION DE CONSULTATION ET LE CONSENTEMENT

ET UNE FICHE DE RENSEIGNEMENTS MINIMUMS : ATCD Familiaux, anamnèse, signes cliniques, paramètres de croissance, examens paracliniques

- **ANALYSE :** ☐ **CARYOTYPE** ☐ **FISH (préciser)**.....
- **PRELEVEMENT : 1 tube Hépariné** (HL : tube bouchon vert)
- **INDICATIONS :**

☐ **Suspicion Trisomie 21** ☐ **Syndrome microdélétionnel (préciser)** .....
☐ **Autre (préciser)**.....

- **ANALYSE :** ☐**ACPA** (si l'un des 3 critères obligatoires est coché ; sinon dossier à discuter avec le laboratoire de cytogénétique avant prélèvement)
- **PRELEVEMENT :**

1 tube de sang **EDTA** (tube bouchon violet) (pour l'ACPA et/ou qPCR)
et 1 tube **Hépariné** (HL : tube bouchon vert) (pour conservation)

- **INDICATIONS :**
  - **Critères obligatoires pour l'ACPA :** ☐ **Hypotonie**
    Ou ☐ **Retard psychomoteur**
    Ou ☐ **Déficit intellectuel**
  - **Autres signes cliniques** (si isolés, non retenus pour l'ACPA)

☐ TSA	☐ Retard d'acquisition du langage	☐ Malformation (préciser).....
☐ Dysmorphie faciale	☐ Troubles du comportement	☐ Epilepsie
☐ Antécédent familial	☐ Anomalies staturo-pondérales	☐ Autre :.....

- **Analyse des parents (préciser le cas index).....**
- **Prélèvement :** 1 tube vert et/ou un violet (selon ce qui est demandé par le labo :cf compte-rendu ACPA)

	Identification du préleveur
Date de prélèvement :..... /...../..... **Heure de prélèvement** :.....h.....	

Cadre réservé au laboratoire

Date réception.....
Heure réception.....
N° de demande : .....
Echantillons reçus :.....
Nom du réceptionneur:.....

L'analyse ne sera pas réalisée si les éléments demandés ne sont pas fournis et/ou si les indications ne sont pas respectées