

CENTRE
HOSPITALIER
UNIVERSITAIRE
BORDEAUXCHU DE BORDEAUX - LABORATOIRE
CYTOGÉNÉTIQUE

☎ 95558

REFERENCES POUR ETABLISSEMENT EXTERNE:

- N° CelFacBio 3814 Libourne 610012 I. Bergonié 409309
 C. Perrens 610001 Cadillac 610023 N° autre étab. ext. :

⚠ Concerne l'ABC ⚠

Coller ici :
l'étiquette bon de demande
sans masquer le prescripteur
merci

La non conformité de la demande d'examens peut entrainer la non réalisation des analyses

Etiquette du patient ou

Nom d'usage :

Cachet du service (UG)

Médecin prescripteur :

Nom de famille (de naissance) :

Préleveur (nom, qualité) :

Prénom :

Téléphone

Date de prélèvement :

Sexe :

Heure de prélèvement :

Date de naissance : / /

Incidents survenus lors du prélèvement :

N° identification :

Ville : CP :

TYPE DE PRÉLÈVEMENT

- SANG** : 1 tube héparine de lithium PET 7mL ou 4,5mL vert foncé
ou 3 tubes micro-méthode (pédiatrie)

Tube **REPLI** à bouchon **vert foncé SANS GEL**

- VILLOSITÉS CHORIALE**

- LIQUIDE AMNIOTIQUE**

URGENT

- Fibroblastes** (biopsie de peau)

Nouveau-né < 1 mois

- Frottis jugal**

Grossesse en cours

- Autre** :

Pour davantage d'informations, consultez le catalogue en ligne : [✚ https://catbio.chu-bordeaux.fr](https://catbio.chu-bordeaux.fr)

ANALYSES DEMANDÉES

- CARYOTYPE**

- FISH** (hybridation in situ)

- Recherche de cassures (**FANCONI**) Sur rendez-vous Lundi / Mardi ☎ : 05567(95558)

Si anomalie chromosomique / locus connu, préciser :

JOINDRE OBLIGATOIREMENT AU PRÉLÈVEMENT

- Prescription médicale**, sur ordonnance cachetée précisant l'analyse demandée

- Consentement**, daté, coché et signé (médecin, patient, ou parents si patient mineur)

- Renseignements cliniques** complétés (voir verso de ce bon) :

1. Prélèvement **PRÉ**natal

2. Prélèvement **POST**natal

⚠ **La non conformité de la demande d'examens peut entrainer la non réalisation des analyses** ⚠

Adresse email sécurisée **MSSANTE** :

CACHET et SIGNATURE du prescripteur

RENSEIGNEMENTS CLINIQUES

1. Prélèvement **PRÉ**natal :

DDG : Nombre SA : IMG Date : DPNI résultat :

Indications :

Signes d'appels échographiques (clarté nucale, RCIU, hygroma,hydramnios, autres) :
.....

MSM : 1^{er} trim : 1 / 2^{ème} trim : 1 /

Autres :

2. Prélèvement **POST**natal :

Indication : cocher **1 seule case**

Déficience intellectuelle ou trouble des apprentissages dans un cadre **syndromique**

Déficience intellectuelle ou troubles des apprentissages **isolés**

Malformations **SANS** retard psychomoteur

Troubles envahissants du développement (TED) / Autisme ou troubles psychiatriques / Comportement

Epilepsie isolée

Troubles de la reproduction : infertilité

Troubles de la reproduction : fausses couches

Trouble de la croissance ou trouble du cycle menstruel et/ou avance ou retard pubertaire

Variation du développement sexuel (y compris secondaire)

Maladies cassantes (Fanconi)

Etudes familiales : Nom du cas Index + lien de parenté :

Don de gamètes et d'embryons

Recherche d'une anomalie constitutionnelles suite à la réalisation d'un examen somatique

Examen fœtopathologie

Autres :

CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE DE BORDEAUX
Groupe Hospitalier PELLEGRIN

LABORATOIRE DE CYTOGÉNÉTIQUE

Sous-sol de la MATERNITÉ « Centre Aliénor d'Aquitaine »

URGENT