

CENTRE
HOSPITALIER
UNIVERSITAIRE
BORDEAUX**CHU DE BORDEAUX - LABORATOIRE
GÉNÉTIQUE MOLÉCULAIRE
BIOCHIMIE (ANALYSES GÉNÉTIQUES)**

REFERENCES POUR ETABLISSEMENT EXTERNE:

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

⚠ Concerné 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 malade ou N° Cristal**Nom d'usage :
Nom de famille (de naissance) :
Prénom :
Sexe :
Date de naissance : / /
N° Identification :
Ville : CP :

Cachet du service (UG)

Téléphone

Médecin prescripteur :

Date de prélèvement :**Heure de prélèvement (T0 si multitemps) :**

Préleveur (nom, qualité) :

Incidents survenus lors du prélèvement :

 URGENT Sang total sur EDTA
(2 tubes, vol min 5 ml) ADN (Quantité:.....ng /µl) Sang total sur PAXGENE (2 tubes) Villosités choriales (prénatal) Liquide amniotique (prénatal) Sang total sur STRECK (1 tube Vol min 8 ml) Uniquement DPNI Biopsie : Frottis : Autre :**Renseignements cliniques :** pour les demandes sans fiche spécifique dédiée et/ou liste des 3 symptômes les plus spécifiques**JOINDRE OBLIGATOIREMENT au prélèvement:**

1. Ce bon de demande (qui sert de prescription s'il est correctement rempli et signé)
2. Les renseignements cliniques (fiche de renseignement spécifique *)
3. Les consentements éclairés, cochés et signés

 Cas index Ségrégation familiale

Nom du cas index :

Gène / variant :

Service de génétique moléculaire

☎ 05 56 79 59 81

(ABC : enregistrement du code GLIMS : CGENET)

ALBI	Albinisme*
GANAFCT	Analyses fonctionnelles (validation préalable) <input type="checkbox"/> RT-PCR <input type="checkbox"/> RNAseq <input type="checkbox"/> Minigène
BIAI	Biais d'inactivation de l'X
CARD	Malformations cardiaques complexes congénitales
CGHA	CGH Array*
DPNI	Dépistage prénatal non invasif des trisomies 13, 18, 21 TUBE STRECK <i>Consentement DPNI spécifique avec fiche de renseignements intégrée</i>
FABR	Maladie de Fabry (GLA)*
EXOM	Exome (validation en RCP génétique obligatoire) <input type="checkbox"/> Simplex <input type="checkbox"/> Trio
INCO	Incontinentia Pigmenti
INFY	Infertilité masculine (Microdélétion de l'Y)*
MUCO	<input type="checkbox"/> Mucoviscidose (CFTR) <input type="checkbox"/> Autres affections liées à CFTR (absence des canaux déférents, pancréatite chronique idiopathique, kératodermie palmoplantaire aquagénique, dilatation des bronches, polyposse naso-sinusienne)
NBIA	Neurodégénérescence avec accumulation intracérébrale de fer*
PROM	Dystrophie myotonique proximale (ZNF9)
RUBI	Syndrome de Rubinstein-Taybi et chromatinopathies (Exome)*
STEI	Maladie de Steinert (DMPK)*
SURD	Surdité congénitale (CX26, CX30, CX31)*
XFRA	X fragile, insuffisance ovarienne précoce, Ataxie-tremblements (FMR1)*
STO	Stockage
EXT	Extraction avant envoi

Pour plus d'informations, consultez le catalogue en ligne <https://catbio.chu-bordeaux.fr>**CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE DE BORDEAUX**Accueil de Biologie Centralisé
2^{ème} étage – Tripode – Groupe Hospitalier Pellegrin
Place Amélie Raba Léon, 33076 Bordeaux CEDEX**POUR LES ANALYSES NON RÉALISÉES AU CHU DE BORDEAUX :****DOCUMENT À REMPLIR AU VERSO****Service de biochimie**

☎ 05 57 82 21 78

CGFER	Hémochromatoses héréditaires* (C282Y, rares)
CGDERM	Génodermatoses*
CGMB	Maladies métaboliques*
CGLOB	Pathologies constitutionnelles du globule rouge*
CGNEP	Lithiases rénales – Nephrocalcinoses* Anomalies du métabolisme phosphocalcique*
CGPOR	Génotypage des porphyries*
CGDM	Diabètes monogéniques* (type MODY)
CGAAT	Analyse du gène SERPINA1*
CGHCH	Hypercholestérolémies familiales*
CGHTG	Hypertriglycéridémies majeures*
CGOBE	Obésités monogéniques non syndromiques*
CGUGT	Maladie de Gilbert (si traitement par irinotécan cocher « CGPHAR »)

Voir liste détaillée des gènes dans <https://catbio.chu-bordeaux.fr>
(Accueil > Prescription > Catalogues complémentaires > Analyses génétiques)**Pharmacogénétique**

CGPHAR Cocher l'analyse demandée :

TPMT et NUDT15 (Aziathiopine, 6MP, 6TGN)

CYP2C19 (mavacamten)

UGT1A1 (irinotécan)

BCHE (curares)

Autre :

Analyse de DPD à prescrire sur le verso du bon LU : « Uracilémie DPD (phénotypage) »

Lieu :

Date :

Cachet et signature du prescripteur :



CENTRE
HOSPITALIER
UNIVERSITAIRE
BORDEAUX

**CHU DE BORDEAUX - LABORATOIRE
GÉNÉTIQUE MOLÉCULAIRE
BIOCHIMIE (ANALYSES GÉNÉTIQUES)**

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 malade ou N° Cristal

Nom d'usage :
Nom de famille (de naissance) :
Prénom :
Sexe :
Date de naissance : / /
N° Identification :
Ville : CP :

Cachet du service (UG)

Téléphone

Médecin prescripteur :

Date de prélèvement :

Heure de prélèvement (T0 si multitemps) :

Préleveur (nom, qualité) :

Incidents survenus lors du prélèvement :

**Demandes d'Analyses réalisées HORS CHU de Bordeaux
Centre d'Envoi des Echantillons de Biologie ☎ 05 57 82 11 33**

<input type="checkbox"/> EXT	Extraction d'ADN avant envoi	<input type="checkbox"/> Sang total sur EDTA (2 tubes, vol min 5 ml)	<input type="checkbox"/> Villosités chorales (prénatal)	<input type="checkbox"/> Biopsie :
<input type="checkbox"/> URGENT		<input type="checkbox"/> ADN (Quantité:.....ng /µl)	<input type="checkbox"/> Liquide amniotique (prénatal)	<input type="checkbox"/> Frottis :
		<input type="checkbox"/> Sang total sur PAXGENE (2 tubes)	<input type="checkbox"/> Sang total sur STRECK (1 tube Vol min 8 ml) Uniquement DPNI	<input type="checkbox"/> Autre :

Renseignements cliniques: pour les demandes sans fiche spécifique dédiée et / ou liste des 3 symptômes les plus spécifiques

Nom de la **maladie** recherchée:.....
Nom du ou des **gènes** à analyser:.....
Variant spécifique :
Médecin Prescripteur (sénior):
Service:.....
N° de téléphone:.....

Cas index
 Ségrégation familiale
Nom du cas index :

Demande d'Analyse non répertoriée au référentiel des analyses de génétique transmises hors CHU

Adresse complète du laboratoire destinataire:

.....
.....
.....
.....
.....

Conditions de réalisation et de transport:

AJOUT D'EXAMEN GENETIQUE : échantillon déjà en possession du laboratoire extérieur exécutant

- Libellé de l'examen ajouté :
- Date et N° CEEB du prélèvement initial :
- Date d'ajout d'examen :
- LABORATOIRE EXTERIEUR exécutant (HORS CHU) :
- MEDECIN PRESCRIPTEUR (titulaire) :
- ATTENTION : FAXER cette demande d'ajout au laboratoire extérieur exécutant
- TRANSMETTRE une copie de cette demande au CEEB GHPellegrin (Fax: 98749) avec N° CEEB du prélèvement initial.

JOINDRE OBLIGATOIREMENT au prélèvement:

1. Ce bon de demande (qui sert de prescription s'il est correctement rempli et signé)
2. Les renseignements cliniques (ou fiche de renseignements spécifique)
3. Les consentements éclairés et arbre généalogique

Envois Extérieurs de GÉNÉTIQUE MOLÉCULAIRE

Accueil de Biologie Centralisé
Centre d'Envoi des Echantillons de Biologie
2^{ème} étage - TRIPODE
GRUPE HOSPITALIER PELLEGRIN
Place Amélie Raba Léon
33076 BORDEAUX Cedex

Lieu :

Date :

Cachet et signature du prescripteur :