Laboratoires de Diagnostic Génétique/ CHRU – Nouvel Hôpital Civil
1 Place de l'hôpital - 67091 STRASBOURG Cedex
Fax : 03 69 55 18 94
Email : lgensmed@chru-strasbourg.fr

Les Hôpitaux Universitaires de STRASBOURG
www.chru-strasbourg.fr

Génétique Moléculaire
☎ : 03 69 55 07 77/78/79

Cytogénétique Chromosomique et Moléculaire
☎ 03 69 55 02 77/78

Etiquette laboratoire

DEMANDE D'EXAMEN DE GENETIQUE CONSTITUTIONNELLE POSTNATALE

Sujet prélevé (étiquette)	Médecin prescripteur	Prélèvement
Nom :……	Nom, prénom :……	Date, heure :……
Nom de naissance :……	Service :……	Nom du préleveur : ……
Prénom :……	Hôpital :……	Prénom du préleveur : ……
Date de naissance :……	Adresse :……	Qualité du préleveur : ……
Sexe : ☐ M ☐ F	Signature :	☐ **Sang**
		☐ **Autre** (préciser)……
		☐ **URGENT** (préciser) :……

Destinataire : Génétique Moléculaire (UF1421, NHC)

1 tube de 4,5 ml de sang sur EDTA (bouchon violet)
(Volume minimum : 1 ml)
+ CONSENTEMENT SIGNE

☐ **Examen de génétique moléculaire réalisé au laboratoire :**
☐ X fragile ☐ Steinert (DM1) ☐ PROMM (DM2)
☐ Disomie uniparentale du chr 15 ☐ Huntington ☐ SBMA
☐ Mucoviscidose/CFTRopathies*
☐ Panel*. Préciser : …… ☐ Exome*
☐ Autre. Préciser : ……

☐ **Recherche de contamination materno-fœtale dans le cadre d'un DPN**

☐ **Contrôle de variant(s) identifié(s) dans la famille**

☐ **Mise en banque d'ADN**

☐ **Mise en banque d'ADN puis envoi vers un laboratoire extérieur** :
- Indication : ……
- Joindre le courrier au laboratoire destinataire (comprenant l'adresse), le bon de commande, le formulaire clinique le cas échéant.

Indication de l'étude

☐ **Cas index** ☐ **Conjoint(e)**

☐ **Apparenté** ○ Atteint ○ Non-atteint
Lien avec le cas index: ……
……
Nom, prénom, date de naissance du cas index: ……
……

Mut./Anomalie chr. identifiée dans la famille ☐ *OUI* ☐ *NON*
Laboratoire :……
Gène. : …… *Mutation :*……
Anomalie chromosomique: ……
……

Cadre : ☐ Diagnostic présymptomatique
☐ Conseil génétique
☐ Etude de ségrégation familiale
☐ Autre : ……

Destinataire : Cytogénétique (UF6446, NHC)

1 tube de 4,5 ml de sang sur EDTA (bouchon violet)
du patient et de ses parents
(Volume minimum : 1 ml)
+ CONSENTEMENT SIGNE

☐ **Analyse Chromosomique sur Puce à ADN (ACPA) :** joindre le formulaire clinique*.

Arbre généalogique

(Flécher l'individu prélevé)

Résumé clinique obligatoire (ou joindre compte-rendu de consultation)

Consanguinité : ☐ Oui ☐ Non Origines géographiques : ……

* Formulaires téléchargeables sur http://www.chru-strasbourg.fr/Le-guide-des-examens-de-laboratoire