



SERVICE DE
CYTOGENETIQUE
MEDICALE

CHU ESTAING
Pr A. TCHIRKOV
Tel : 04 73 750 703 / 50 712
Fax : 04 73 750 704

Identité du patient

PAS D'ACHEMINEMENT PAR PNEUMATIQUE

Date du prélèvement : Heure :

Préleveur : Prescripteur :

CYTOGENETIQUE CONSTITUTIONNELLE PRE ET POSTNATALE

(Joindre obligatoirement le consentement pour examen des caractéristiques génétiques à des fins médicales et /ou conservation)

PRELEVEMENT

- Sang
- Liquide amniotique
- Villosités chorales
- Sang du cordon
- Biopsie de cordon autre
préciser : _____
- Produit de curetage
- Produit de FCS
- Placenta (après naissance)
- Autre préciser : _____

RECEPTION

Reçu le _____ à _____ par _____
Réservé au laboratoire

EXAMENS A REALISER

- Caryotype
- FISH
- préciser : _____
- AneuVysion
- Recherche cassures chromosomiques ☎
- Test ADNlc : T13/T18/ T21 ou WGS
- Recherche disomie uniparentale
- ACPA (CGH-array)
- QMF-PCR
- préciser : _____
- AZF
- Autre

- Culot fixé
 - Frottis
 - Extraction ADN
 - Culture cellulaire
 - Sécurisation -20°C Sang Invasif
 - Congélation -80°C
 - Envoi extérieur ADN VC triées
 - Autre _____
- Réservé au laboratoire

Validé le _____ par _____

Réservé au laboratoire

INDICATIONS (* joindre obligatoirement le compte-rendu de l'examen)

PRENATAL

1. Risque de T21 $\geq 1/50$ * :
 - 1a - dépistage combiné 1^{er} trimestre
 - 1b - dépistage par MSM 2^{ème} trimestre
2. Anomalie chromosomique parentale *
3. Antécédent de grossesse avec caryotype anormal *
4. Signes d'appel échographiques (SAE) :
 - 4a - CN ≥ 3.5 mm
 - 4b - autres SAE
5. Age maternel (absence de dépistage)
6. Indication non cytogénétique
7. Convenance personnelle
8. Contrôle Test ADNlc positif *
9. Echec Test ADNlc (après 2 tentatives)
10. Test ADNlc : Risque de T21 entre 1/50 et 1/1000 * :
 - 10a - DCT1 > 1/1000
 - 10b - MSM T2 > 1/1000
11. Test ADNlc : MSM hors bornes*
12. Test ADNlc : Grossesse multiple
13. Test ADNlc : Absence de dépistage
14. Autres ☎

POSTNATAL

- Anomalies du développement
- Troubles de la reproduction
- Enquête familiale
- Confirmation d'une anomalie en prénatal
- Maladies cassantes
- Autre

FŒTUS

FCS / MFIU / MPP IMG

COMMENTAIRES INDICATIONS PRENATAL :

TERME : CN : DCT1* :
AGE : MSM T2 * :
ATCD : G P
TGNI réalisé : oui non
Sexe Fœtal : F M I
FIV : oui non si oui à préciser : _____
SAE contre-indiquant le TGNI oui non

RENSEIGNEMENTS CLINIQUES (obligatoires) :