

Dpt de Cytogénétique de Paris
 37 rue Boulard
 75014 Paris

 Tél 01 44 12 59 08 / 14 - fax 01 44 12 59 17
 E-mail : cytotogenetique.paris@biomnis.com

 Dpt de Génétique moléculaire d'Ivry
 78 avenue de Verdun
 94200 Ivry-sur-Seine

 Tél 01 49 59 16 16 - fax 01 49 59 17 98
 E-mail : secretariatmedical.paris@biomnis.com

 Dpt de Cytogénétique de Lyon
 17/19 avenue Tony Garnier
 BP 7322 - 69357 Lyon cedex 07

 Tél 04 72 80 10 07 - fax 04 72 80 10 08
 E-mail : cytotogenetique.lyon@biomnis.com

 Dpt de Génétique moléculaire de Lyon
 17/19 avenue Tony Garnier
 BP 7322 - 69357 Lyon cedex 07

 Tél 04 72 80 10 07 - fax 04 72 80 10 08
 E-mail : genetique.lyon@biomnis.com

MEDECIN PRESCRIPTEUR

 Nom :
 Prénom :
 Adresse :
 CP : () () () () Ville :
 Tél : Fax :


ATTESTATION DE CONSULTATION

 Je certifie avoir apporté à
 les informations définies selon l'article R.1131-4 du code de
 santé publique et avoir recueilli le consentement éclairé de
 mon (ma) patient(e) dans les conditions prévues à l'article
 R.1131-5.
 Fait à le

 Signature du médecin

PATIENT(E)

 Nom : Sexe : F M
 Prénom : Date de naissance* () () () ()
 Adresse :
 CP : () () () () Ville :
 * Si le (la) patient(e) est mineur(e), le consentement doit être donné par les parents.

LABORATOIRE D'ANALYSES MÉDICALES

N° de correspondant	Cachet du laboratoire ou étiquette code barre	Facturation <input type="checkbox"/> Laboratoire <input type="checkbox"/> Patient* (* Si facturation patient, veuillez nous préciser ci-dessus l'adresse du patient). <input type="checkbox"/> Prise en charge** (**joindre impérativement l'ordonnance ainsi que la copie de l'attestation S.S.). Organisme payeur : Régime : () () Département : () () () Centre : () () () N° de S.S. : ()
Date de prélèvement () () () () () () Prélèvement sur sang total EDTA pour la biologie moléculaire et sang total HEPARINE pour le caryotype		

NATURE DU PRÉLÈVEMENT

- Appeler impérativement le secrétariat pour connaître les modalités de prélèvement.
- Cytogénétique sang Hépariné biopsie
- Génétique moléculaire sang EDTA

DEMANDE D'ANALYSE DE CYTOGÉNÉTIQUE

 Caryotype standard
INDICATIONS : A préciser impérativement

- Retard mental, syndrome dysmorphique - préciser :
- Malformations - préciser :
- Anomalies du développement - préciser :
- Etudes Familiales : joindre le compte-rendu du cas index et degré de parenté
- Trouble de la Reproduction - préciser :
- Maladies cassantes - préciser :
- Autre - préciser :

 Caryotype moléculaire (Puces à ADN - CGH array)
 Recherche de Microdélétion par hybridation *in situ* (FISH) - préciser :

DEMANDE D'ANALYSE DE GÉNÉTIQUE MOLÉCULAIRE

INDICATIONS : A préciser impérativement

<input type="checkbox"/> Alpha 1- antitrypsine (variants S et Z)	<input type="checkbox"/> Hémochromatose : mutation p.Cys282Tyr (C282Y)	<input type="checkbox"/> MTHFR (Méthylène tétrahydrofolate réductase variant thermolabile, mutation c.677C>T)
<input type="checkbox"/> Angelman (syndrome d')	<input type="checkbox"/> Hémochromatose : mutation p.His63Asp (H63D)	<input type="checkbox"/> Mucoviscidose (CFTR, recherche de 36 mutations les plus fréquentes)
<input type="checkbox"/> Disomie Uniparentale	<input type="checkbox"/> Hémochromatose : mutation p.Ser65Cys (S65C)	<input type="checkbox"/> Mucoviscidose (Mutations rares du gène CFTR par séquençage)
<input type="checkbox"/> Facteur II (mutation g.20210G>A)	<input type="checkbox"/> HLA classe I (loci A, B)	<input type="checkbox"/> Prader-Willi (syndrome de)
<input type="checkbox"/> Facteur V Leiden (mutation p.Arg506Glu)	<input type="checkbox"/> HLA classe II (loci DQ, DR)	<input type="checkbox"/> X fragile (syndrome de l')
<input type="checkbox"/> Fièvre méditerranéenne Familiale (FMF) ou maladie périodique (recherche de 12 mutations)	<input type="checkbox"/> HLA-B27	<input type="checkbox"/> Autres : à préciser.....
	<input type="checkbox"/> Locus SRY	
	<input type="checkbox"/> Microdélétions du chromosome Y (loci AZFa, AZFb et AZFc).	