LABORATOIRE DE BIOLOGIE ET PATHOLOGIE
PLATEAU TECHNIQUE DE BIOLOGIE - 2 RUE ANGELIQUE DUCOUDRAY - BP 37013 - 21070 DIJON FRANCE

**Service Génétique Moléculaire et Chromosomique**
**Professeur P. CALLIER**
**Tel : 03.80.29.57.20 | Fax : 03.80.29.35.66**

**Service Pathologie**
**Professeur L. MARTIN**
**Tel : 03.80.29.33.01 | Fax : 03.80.29.57.17**

# GENETIQUE - DIAGNOSTIC

Merci de transférer l'échantillon à tester au laboratoire réalisant l'analyse prescrite

**Date de demande :……..** ☐ **Examen URGENT- Motif :**

Lieu de prélèvement : ☐ **Dijon** ☐ **Chalon S/Saône** ☐ **Auxerre** ☐ **Macon** ☐ **Nevers**

## PERSONNE PRELEVEE

### IDENTITE - ETIQUETTE

Nom usuel :
Nom de jeune fille :
Prénom :
Date de naissance (jj/mm/aaaa) :

### ECHANTILLON A TESTER

☐ **Sang**
☐ **Liquide amniotique**
☐ **DNAthèque existante (localisation)**
- ☐ **Laboratoire PTB**
- ☐ **Laboratoire B3**

☐ **Tissu**
- ☐ **Foetus : No AU ……..**
- ☐ **Biopsie (tissu) : ……..**

☐ **Culture (type) : ……..**

**Consanguinité :** ☐ **Oui** **Personne atteinte :** ☐ **Apparenté avec le cas index (en clair) :**

### Identité du cas index familial - ETIQUETTE

Nom usuel :
Autre nom (si applicable) :
Prénom :
Date de naissance (jj/mm/aaaa) :

### Prescripteur - TAMPON

Nom, Prénom :
Institution :
E-mail :

Copie

Indications :

☐ **Déficience intellectuelle (DI) isolée** ☐ **Syndrome malformatif isolé**
☐ **DI et syndrome malformatif** ☐ **Troubles autistiques**
☐ **Retard de croissance** ☐ **Infertilité / fausses couches**
**Autre :**

**Personne ayant prélevé :** **Date :** **Heure :**

## EXAMEN DEMANDE

**Localisation - Stockage**

☐ **Génétique chromosomique et moléculaire** ☐ **B3** ☐ **CRB**

☐ **DNAthèque (ADN)** ☐ **RNAthèque (ARN)** ☐ **Culture cellulaire de fibroblastes**

**Génétique moléculaire (B3)**

☐ **Séquençage de l'exome** ☐ **Confirmation de variation (en clair)**
☐ **Séquençage ciblé de gène(s) (en clair) :**

**Génétique chromosomique et moléculaire (PTB)**

☐ CGH-array ☐ **Caryotype standard**
☐ Etude ciblée/contrôles : ☐ **Contrôle q-PCR (locus en clair)**
☐ **Contrôle FISH (locus en clair)**
☐ X-fragile (pathologies du gène FMR1) ☐ *HFE :* C282Y

## ENVOI EXTERIEUR

**Motif (en clair) :**

**Destinataire (en clair) :**

**Nom :**

**Institution :**

***Merci de joindre une copie de la fiche de circulation de la personne prélevée***