



**LABORATOIRE DE BIOLOGIE ET PATHOLOGIE**  
 Service de Génétique Chromosomique et Moléculaire  
 Plateforme de Biologie Hospitalo-Universitaire  
 2 rue Angélique Ducoudray - B.P. 37013 - 21070 DIJON CEDEX  
 Tél : 03.80.29.34.89 - Fax : 03.80.29.35.66

## CARYOTYPE POSTNATAL

### IDENTIFICATION DU PATIENT

Nom : \_\_\_\_\_ Nom de jeune fille : \_\_\_\_\_  
 Prénom : \_\_\_\_\_ Date de naissance : \_\_\_\_\_  
 Sexe : \_\_\_\_\_  
 Adresse : \_\_\_\_\_  
 N° de tél : \_\_\_\_\_ N° de Sécurité Sociale : \_\_\_\_\_  
 N° de Centre et adresse de ce centre : \_\_\_\_\_  
 (Joindre photocopie carte Assuré Social)

Nom et adresse du prescripteur : \_\_\_\_\_ Nom du préleveur : \_\_\_\_\_

**DATE DE PRELEVEMENT :** \_\_\_\_\_

Modalités de prélèvement et d'expédition :  
 (cocher la case) :

<input type="checkbox"/>	<b>Sang :</b> <b>Prélèvement</b> : sur Tube héparinate de lithium sans séparateur (vert foncé) : 5 ml de sang (2 ml de sang minimum si possible pour un adulte ou un enfant et 1 ml minimum pour un nouveau-né)	<i>Cachet et identification de l'établissement préleveur</i>
<input type="checkbox"/>	<b>Biopsie cutanée</b> : à conserver dans du milieu de culture stérile.	
<b>Etiqueter chacun des tubes et/ou flacons, les conserver à température ambiante jusqu'à l'envoi.</b> <input type="checkbox"/> <b>NE PAS CONGELER</b>		

### INDICATIONS

<input type="checkbox"/>	Déficiência intellectuelle, malformations, anomalies du développement préciser : .....	<input type="checkbox"/>	Recherche d'une anomalie constitutionnelle suite à la réalisation d'un examen somatique
<input type="checkbox"/>	Trouble de la reproduction (joindre spermogramme) préciser : .....	<input type="checkbox"/>	Don de gamète
<input type="checkbox"/>	Etudes familiales : joindre le compte-rendu du cas index et degré de parenté	<input type="checkbox"/>	Autre : préciser : .....

S'il s'agit d'un enfant, préciser le nom et l'âge des parents :

Nom et prénom du père : \_\_\_\_\_ Date de naissance : \_\_\_\_\_

Nom de jeune fille et prénom de la mère : \_\_\_\_\_ Date de naissance : \_\_\_\_\_

**Détailler le plus précisément les signes cliniques présentés par l'enfant : Joindre impérativement un arbre généalogique.**

## ATTESTATION DE CONSULTATION ET CONSENTEMENT OBLIGATOIRES