

IDENTIFICATION DU PATIENT

Nom :	Prénom :	ETIQUETTE PATIENT (espace réservé au laboratoire)
Date de naissance :	Sexe : <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	
Adresse complète Rue : Code postal : Ville :		ETIQUETTE PATIENT (espace réservé au laboratoire)
N° Mutuelle :		
N° Matricule :		
Titulaire :		

MEDECIN PRESCRIPTEUR

Nom :	Copie à :
N° INAMI :	
Adresse :	
Téléphone :	Date et signature :

PRELEVEMENT (indiquer clairement le nom, prénom et date de naissance du patient sur tous les tubes)

Date et heure de prélèvement :		Date et heure de réception :	
Type de prélèvement	Conservation	Délai de transmission	Remarque
PRENATAL *Contact préalable avec le laboratoire obligatoire			
<input type="checkbox"/> Liquide amniotique (3 tubes stériles de 10ml)*	T° ambiante	Idéalement le jour même - Max 24h	+ Sang des parents sur tube EDTA indispensable
<input type="checkbox"/> Sang <u>foetal</u> * (2ml sur tube Hépariné sans gel + 2ml sur tube EDTA) E H	T° ambiante	Idéalement le jour même - Max 24h	
<input type="checkbox"/> Trophoblaste (Sec / sur milieu de culture)*	T° ambiante	Le jour même (pas le vendredi)	E
<input type="checkbox"/> Curetage (sur milieu de culture)	T° ambiante/4°C	Idéalement le jour même - Max 24h	
<input type="checkbox"/> Produit d'expulsion (sur milieu de culture)	T° ambiante/4°C	Idéalement le jour même - Max 24h	
<input type="checkbox"/> Placenta (sur milieu de culture)	T° ambiante	Idéalement le jour même - Max 24h	
<input type="checkbox"/> Placenta RCIU (sur milieu de culture)	T° ambiante	Idéalement le jour même - Max 24h	

RENSEIGNEMENTS CLINIQUES OBLIGATOIRES - PARTIE I.

<input type="checkbox"/> GROSSESSE		
Date dernières règles :/...../.....	Age gestationnel D.R. :semaines	Terme D.R. :/...../.....
G.....P.....FC.....	Age gestationnel U.S. :semaines	Terme U.S. :/...../.....
Sexe foetal (si connu) :		
<input type="checkbox"/> ECHANTILLON PATERNEL dans le contexte de l'analyse prénatale en cours		
Informations relatives à la mère:	Nom :	Prénom :
	Date de naissance :	

Les laboratoires du Service de Génétique Humaine sont ouverts et fonctionnels du lundi au vendredi de 8h à 16h30, merci d'en tenir compte pour l'acheminement des échantillons.

CONTACTS dispa.genetique@chuliege.be

Biochimie Génétique Dr Phar.Biol. F. BOEMER / Dr Sc. G. LUIS Secrétariat : 04/323.76.95	Génétique Moléculaire Humaine Pre V. DIDEBERG / Dr P. BECKERS / Dr Sc. C. LIBIOULLE / Dr Sc. E. CASTERMANS / Dr Sc. JH.CABERG / Dr Sc. M. HANNON / Dr Sc. B. GRISART / Dr Sc. M. ARTESI Secrétariat : 04/323.13.68	Cytogénétique Dr Sc. JS. GATOT / Dr M. JAMAR / Dr W. COURTENS / Dr Sc. M. DEBERG / Dr Sc. A. VANWYNSBERGHE Secrétariat : 04/323.13.68	ENVOIS Sous-traitance Dr Sc. JS. GATOT / Dr Sc. M. DEBERG Secrétariat : 04/323.13.68	Génétique clinique : Dr S. BULK Secrétariat : 04/323.71.24
---	---	---	--	--

RENSEIGNEMENTS CLINIQUES FAMILIAUX OBLIGATOIRES - PARTIE II.

INFORMATIONS OBLIGATOIRES :

Indication Clinique:

Informations relatives au père:

Nom :

Prénom :

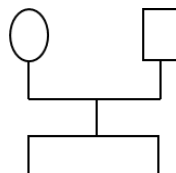
Date de naissance :

ARBRE GENEALOGIQUE—Antécédents familiaux :

Nom du cas index :Référence :

Mutation Familiale:

Origine Géographique/Ethnie :



- : Atteint
- : Sain
- : Conducteur
- ↗ : Patient à investiguer

ANALYSES CYTOGENETIQUE E + H

- Recherche rapide d'aneuploïdie (13,18,21,XY)
- Caryotype standard / Array-CGH
- STOCKAGE ADN (sur prélèvement prénatal)
- Autre :(contacter le laboratoire)

Un prélèvement maternel et paternel (5 ml de sang sur EDTA) est indispensable pour toute étude prénatale E

- Stockage ADN sur prélèvement maternel
- Sang paternel cas index d'un prélèvement prenatal
Nom et Prénom de la mère :
- Nom et Prénom du père :

ANALYSES BIOLOGIE MOLECULAIRE E

	Suspicion échographique (Signes écho)	Mutation Familiale	Parent conducteur	
			Père	Mère
<input type="checkbox"/> ACHONDROPLASIE (FGFR3)		Mutation:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> AMYOTROPHIE SPINALE (SMN1)		Mutation:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> MUCOVISCIDOSE (CFTR)		Mutation:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> X FRAGILE (FMR1)		Mutation:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> HEMOGLOBINOPATHIES		Mutation:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<ul style="list-style-type: none"> • Béta-thalassémie (HBB)/ Drépanocytose (HBB) • Alpha-thalassémie (HBA) (ENVOI ULB) 				

ANALYSES BIOCHIMIE GENETIQUE

- Dosage Alpha-foetoprotéine (**AFP**)
- Electrophorèse Acétylcholinestérase (**AchE**)

Légende

- E Tube EDTA (2x5 mL)
- H Tube Hépariné sans gel (5 mL)

CONTACTS dispa.genetique@chuliege.be

Biochimie Génétique
Dr Phar.Biol. F. BOEMER /
Dr Sc. G. LUIS
Secrétariat : 04/323.76.95

Génétique Moléculaire Humaine
Pre V. DIDEBERG / Dr P. BECKERS / Dr Sc. C. LIBIOULLE /
Dr Sc. E. CASTERMANS / Dr Sc. JH.CABERG / Dr Sc. M. HANNON /
Dr Sc. B. GRISART / Dr Sc. M. ARTESI
Secrétariat : 04/323.13.68

Cytogénétique
Dr Sc. JS. GATOT / Dr M. JAMAR / Dr W. COURTENS /
Dr Sc. M. DEBERG / Dr Sc. A. VANWYNSBERGHE
Secrétariat : 04/323.13.68

ENVOIS Sous-traitance
Dr Sc. JS. GATOT /
Dr Sc. M. DEBERG
Secrétariat : 04/323.13.68

Génétique clinique :
Dr S. BULK
Secrétariat :
04/323.71.24