

PRENATAL (URGENT)

Version 2022

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		ETIQUETTE PATIENT (espace réservé au laboratoire)
Rue :		
Code postal :		
Ville :		
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	
<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	+ Sang des parents sur tube EDTA indispensable
<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.

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) :

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 : 04.366.76.95	Génétique Moléculaire Humaine Dr 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 Secrétariat : 04/366.24.78	Cytogénétique Dr Sc. JS. GATOT / Dr M.JAMAR / Dr W. COURTENS / Dr Sc. M. DEBERG / L. VAN HEES Secrétariat : 04.366.25.61	ENVOIS Sous-traitance Dr Sc. JS. GATOT / Dr Sc. M. DEBERG Secrétariat : 04.366.25.61	Génétique clinique : Dr S. BULK Secrétariat : 04.366.71.24
---	---	--	--	--

RENSEIGNEMENTS CLINIQUES FAMILIAUX OBLIGATOIRES - PARTIE II.

INFORMATIONS OBLIGATOIRES :

Indication Clinique:

Informations relatives au père:

Nom :

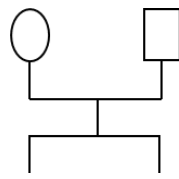
Prénom :

Date de naissance :

ARBRE GENEALOGIQUE—Antécédents familiaux :

Nom du cas index :Référence :

Mutation Familiale:



- : 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 prénatal
 - 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 <ul style="list-style-type: none"> • Béta-thalassémie (HBB)/ Drépanocytose (HBB) • Alpha-thalassémie (HBA) 		Mutation:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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 : 04.366.76.95

Génétique Moléculaire Humaine
Dr 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

Cytogénétique
Dr Sc. JS. GATOT / Dr M.JAMAR / Dr W. COURTENS /
Dr Sc. M. DEBERG / L. VAN HEES
Secrétariat : 04.366.25.61

ENVOIS Sous-traitance
Dr Sc. JS. GATOT /
Dr Sc. M. DEBERG
Secrétariat : 04.366.25.61

Génétique clinique :
Dr S. BULK
Secrétariat :
04.366.71.24