

- CONSTITUTIONNEL -

Version 2022 – 2

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 :		
N° Mutuelle :		ETIQUETTE PATIENT (espace réservé au laboratoire)
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
<input type="checkbox"/> Sang (5ml (nné:2ml)) sur EDTA E	4°C	48h
<input type="checkbox"/> Sang (5ml (nné:2ml)) sur Hépariné H	Température ambiante	48h
<input type="checkbox"/> Tissu (sur milieu de culture ou LP stérile). Type :	Température ambiante	Le jour même
<input type="checkbox"/> Autre : (Contacter le laboratoire)		

RENSEIGNEMENTS CLINIQUES OBLIGATOIRES

A compléter par le patient lorsque les analyses sont demandées en dehors des règles diagnostiques :

"Je déclare avoir reçu des informations claires sur l'utilité de réaliser les analyses demandées. Ces analyses n'étant pas remboursées par l'assurance maladie, je marque mon accord pour en supporter le coût qui me sera facturé par le laboratoire (montants variant entre 76 € et 1350 €)"


Date : ... / ... / Signature :

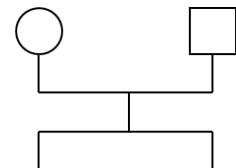
Informations cliniques relevantes, pouvant affecter le résultats (**ex: greffe de cellules souches**):

INDICATION DE L'ANALYSE :

- Confirmation/ exclusion diagnostique
- Etude familiale (Nom et DN du cas index:.....)
- Test présymptomatique (**2 éch. indépds obligatoires**)
- Urgent (motif :**)
- BIOBANQUE (En cochant cette case, vous avez informé le patient d'un éventuel stockage du surplus d'ADN au sein de la biobanque des maladies génétiques ainsi que du respect de son anonymat. Cet échantillon pourra être utilisé à des fins de recherche. **Dans ce contexte, le consentement éclairé du patient et le formulaire d'information du patient signés ont été obtenus et sont conservés dans le dossier médical du patient).**

Arbre généalogique :

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



Ethnie : Nom du cas index :
Grossesse en cours : semaines

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. M. ARTESI / Dr Sc. B. GRISART Secrétariat : 04/366.24.78	Oncogénétique Moléculaire Dr Sc. Vet. K. SEGERS / Dr Sc. N. LEROI / Dr E. SEPULCHRE Secrétariat : 04/366.24.78	Biologie Moléculaire Hématologique Dr F. LAMBERT / Dr Sc. S FRANKE / Dr Sc. B. KOOPMANSCH / Dr Sc. R. FERNANDEZ CARAZO / Secrétariat : 04.366.25.61	Cytogénétique Dr M. JAMAR / Dr W. COURTENS / Dr Sc. JS. GATOT / Dr Sc. M. DEBERG / L. VAN HEES Secrétariat : 04.366.25.61
--	---	---	--	--

<p>Légende</p> <p>E Tube EDTA (2x5 mL) / Nv-né: 2ml E x2 Deux échantillons indépendants sont obligatoires</p> <p>H Tube Hépariné sans gel (5 mL) C Tube Citraté (5mL) B Biopsie cutanée</p> <p># Référence du résultat préalable obligatoire</p> <p>* Le choix de l'analyse réalisée peut être modifié par le laboratoire selon les règles de bonnes pratiques.</p> <p>** Référence du proband obligatoire</p> <p> Arbre généalogique, ID et mutation du cas index nécessaire.</p> <p>Seule une analyse du groupe 1 peut être demandée par phase d'investigation diagnostique. Ces analyses peuvent être répétées sur base de nouveaux éléments cliniques ou de nouvelles possibilités diagnostiques.</p> <p>Une nouvelle prescription est obligatoire.</p> <p>Maximum deux analyses du groupe 2 peuvent être demandées par phase d'investigation diagnostique. Ces analyses peuvent être répétées sur base de nouveaux éléments cliniques ou de nouvelles possibilités diagnostiques.</p> <p>Une nouvelle prescription est obligatoire.</p>	<p>STOCKAGE</p> <p><input type="checkbox"/> ADN E</p> <p><input type="checkbox"/> Culture fibroblastes + congélation (milieu stérile, LP)</p> <p><input type="checkbox"/> Culot lymphocytaire en vue d'étude ultérieure (FISH/ caryotype) H</p>
--	--

CYTOGENETIQUE **E + H**

<p>CARYOTYPE LYMPHOCYTAIRE*</p> <p><input type="checkbox"/> Examen standard : indications cliniques (OBLIGATOIRE) :</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Suspicion/Exclusion de syndrome chromosomique : <input type="checkbox"/> Fausses couches à répétition ; nombre de FC : <input type="checkbox"/> Anomalie du spermogramme <input type="checkbox"/> Bilan avant P.M.A. <input type="checkbox"/> Don de gamètes <input type="checkbox"/> Suspicion d'anomalie chromosomique chez un fœtus** <input type="checkbox"/> Anomalie chromosomique familiale** <input type="checkbox"/> Anomalie chromosomique dépistée par cytogénétique moléculaire # <input type="checkbox"/> Suspicion de mosaïcisme 	<p><input type="checkbox"/> Aberrations chromosomiques (Contact avec le laboratoire obligatoire)</p> <p>CYTOGENETIQUE MOLECULAIRE (FISH)</p> <p><input type="checkbox"/> Analyse FISH spécifique :</p> <p>CARYOTYPE MOLECULAIRE (CGH-ARRAY)*</p> <p><input type="checkbox"/> Examen du proband (Formulaire clinique obligatoire)</p> <p><input type="checkbox"/> Etude familiale** Lien de parenté :</p> <p>CULTURE DE FIBROBLASTES (milieu de culture/LP stérile)</p> <p><input type="checkbox"/> Caryotype</p> <p><input type="checkbox"/> Recherche enzymatique :</p>
---	---

BIOLOGIE MOLECULAIRE **E**

<p>NEUROGENETIQUE Règles 1</p> <p><input type="checkbox"/> Etude familiale <input type="checkbox"/> Diagnostic</p> <p>ALZHEIMER</p> <p>AMYOTROPHIE SPINALE (Werdnig-Hoffmann) 1</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Etude familiale <input type="checkbox"/> Diagnostic <input type="checkbox"/> Préconceptionnel <p>ANGELMAN 1</p> <p>ATAXIE DE FRIEDREICH 1</p> <p>CHARCOT-MARIE-TOOTH (Formulaire clinique obligatoire) 1</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> 1A <input type="checkbox"/> Autre : <p>CHOREE DE HUNTINGTON 1</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Présymptomatique (Conseil génétique obligatoire) <input type="checkbox"/> Diagnostic (Informations cliniques obligatoires) <p>DYSTROPHIE MUSCULAIRE DE DUCHENNE/BECKER 1</p> <p>DYSTONIE DE TORSION 1</p> <p>DYSTROPHIE MYOTONIQUE DE STEINERT 1</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Etude familiale <input type="checkbox"/> Diagnostic <input type="checkbox"/> Présymptomatique E x2 <p>HYPEREKPLEXIE</p> <p>NEUROPATHIE TOMACULAIRE</p> <p>PRADER-WILLI 1</p> <p>RECEPTEUR AU FOLATE</p> <p>SURDITE NEUROSENSORIELLE</p> <p>SYNDROME DE RETT 1</p> <p>X-FRAGILE</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Retard de développement et/ou RM, autisme <input type="checkbox"/> Ménopause précoce <input type="checkbox"/> FXTAS (ataxie et tremblement intentionnel tardifs) <input type="checkbox"/> Etude familiale <input type="checkbox"/> Préconceptionnel (si ATCD familiaux, lié à l'X) <input type="checkbox"/> Bilan avant P.M.A. (femme) <input type="checkbox"/> Don d'ovules <input type="checkbox"/> Présymptomatique (Conseil génétique obligatoire) E x2 	<p>NEPHROGENETIQUE Règles 1</p> <p>Renseignements cliniques (obligatoire)</p> <p>Début: <input type="checkbox"/> Congénital <input type="checkbox"/> Enfance <input type="checkbox"/> Adolescence <input type="checkbox"/> Âge adulte (précision:</p> <p>Symptômes: <input type="checkbox"/> Hématurie <input type="checkbox"/> Protéinurie néphrotique <input type="checkbox"/> Hypertension artérielle</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Goutte <input type="checkbox"/> Lithiase <input type="checkbox"/> Hyperoxalurie <input type="checkbox"/> Fanconi <input type="checkbox"/> Kystes médullaires <input type="checkbox"/> Kystes corticaux <input type="checkbox"/> Troubles ioniques (précision:.....) <input type="checkbox"/> Manifestations extrarénales (précision: <input type="checkbox"/> Insuffisance rénale (Âge :.....) <input type="checkbox"/> Bilan pré-transplantation rénale <p><input type="checkbox"/> PANEL GENES PODOCYTAIRES</p> <p><input type="checkbox"/> PANEL ANOMALIES CONGÉNITALES REINS/VOIES URINAIRES (CAKUT)</p> <p><input type="checkbox"/> PANEL TUBULOPATHIES</p> <p><input type="checkbox"/> PANEL KYSTOSE RENALE (dont PKD1, PKD2), NEPHROPATHIE TUBULOINTERSTITIELLE DOMINANTE (ADTKD), PREDISPOSITION CANCERS DU REIN</p> <p style="text-align: center;">ANALYSE HORS PANEL</p> <p><input type="checkbox"/> ADTKD - MUC1</p> <p><input type="checkbox"/> PANEL MALADIES AVEC ALTERATION DE LA VOIE ALTERNE DU COMPLEMENT: comprenant syndrome hémolytique et urémique atypique (SHUa), glomérulonéphrite à C3 abaissé, dégénérescence maculaire (Drusen)</p> <p><input type="checkbox"/> PANEL ANGIOEDEME HEREDITAIRE</p> <p><input type="checkbox"/> PANEL MALADIE D'ALPORT</p> <p>HYPERCALCEMIE HYPOCALCIURIQUE – HYPOCALCEMIE AUTOSOMIQUE DOMINANTE</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Type 1 - CaSR <input type="checkbox"/> Type 2 - GNA11 <input type="checkbox"/> Type 3 - AP2S1 <p><input type="checkbox"/> SYNDROME KYSTES RENAUX DIABETE (HNF1B isolé)</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Diagnostic <input type="checkbox"/> Etude familiale
--	--

ENDOCRINOLOGIE - INFERTILITE E Règles		Gène	DIVERS (suite) E Règles		Gène
INFERTILITE <input type="checkbox"/> Agénésie des canaux déférents <input type="checkbox"/> Oligo/azoospermie <input type="checkbox"/> Ménopause précoce		CFTR	<input type="checkbox"/> ACHONDROPLASIE/ <input type="checkbox"/> HYPOCHONDROPLASIE/ <input type="checkbox"/> CRANIOSTENOSE / <input type="checkbox"/> CROUZON/		FGFR3
DETERMINISME SEXUEL <input type="checkbox"/> Présence/absence du gène SRY (Caryotype XX) <input type="checkbox"/> Mutation du gène SRY (Caryotype XY)		μDel AZF	<input type="checkbox"/> APERT		FGFR2
<input type="checkbox"/> PUBERTE PRECOCE CENTRALE		FMR1	<input type="checkbox"/> SYNDROME CARDIO-FACIO-CUTANE		BRAF MAP2K1 MAP2K2 KRAS HRAS
SYNDROME DE KALLMANN 1		SRY	<input type="checkbox"/> SYNDROME DE COSTELLO		
<input type="checkbox"/> SYNDROME DE ROKITANSKY		DLK1 KISS1 KISS1R MKRN3 PROKR2	<input type="checkbox"/> FILAGGRINE		
<input type="checkbox"/> LERI-WEILL/ LMD / TAILLE REDUITE			FGFR1	HEMATOLOGIE E Règles	
<input type="checkbox"/> OBESITE SEVERE <input type="checkbox"/> Monogénique chez l'adulte <input type="checkbox"/> Précoce chez l'enfant (en trio) =>Formulaire clinique spécifique obligatoire *		ANOS1	<input type="checkbox"/> ANGIOEDEME HEREDITAIRE DE TYPE 3 C		F12
CHOLESTASE INTRA-HEPATIQUE FAMILIALE <input type="checkbox"/> PFIC-1/2 (γ-GT nl) <input type="checkbox"/> PFIC-3 (γ-GT↑)		WNT4	<input type="checkbox"/> Facteur 5 <input type="checkbox"/> APC résistance (<i>Laboratoire de thrombose-hémostasie</i>) <input type="checkbox"/> Mutation R506Q (Leiden) APCR positive (critère obligatoire) ? <input type="checkbox"/> Oui, valeur : <input type="checkbox"/> Non		FV
HYPERPARATHYROIDISME FAMILIAL ISOLE <input type="checkbox"/> Etude familiale <input type="checkbox"/> Diagnostic		SHOX	<input type="checkbox"/> PROTHROMBINE (critère obligatoire !) <input type="checkbox"/> Age < 55 ans CE JOUR ET Accident Thrombotique <input type="checkbox"/> ATCD familiaux <input type="checkbox"/> CIVD		F2
FEVRE MEDITERRANEENNE FAMILIALE 2 <input type="checkbox"/> Diagnostic <input type="checkbox"/> Etude familiale		MC4R	<input type="checkbox"/> HEMOCHROMATOSE (critère obligatoire !) <input type="checkbox"/> Diagnostic <input type="checkbox"/> Hyperferritinémie <input type="checkbox"/> Coefficient saturation transferrine > 45%		HFE
METABOLIQUE Règles		PANEL OBZT: 44gènes	<input type="checkbox"/> Etude familiale <input type="checkbox"/> Apparentés 1 ^{er} degré porteur de mutation 1 <input type="checkbox"/> Partenaire porteur de mutation		SLC40A1
ADRENOLEUCODYSTROPHIE <input type="checkbox"/> Etude familiale <input type="checkbox"/> Diagnostic (<i>Dosage des ac. gras à très longues chaînes obligatoire</i>)		ATP8B1 (1) ABCB11 (2) ABCB4 (3)	<input type="checkbox"/> FERROPORINE		
SYNDROMES DEFICITAIRES EN CREATINE <input type="checkbox"/> Etude familiale <input type="checkbox"/> Diagnostic		CDKN1B	<input type="checkbox"/> HEMOCHROMATOSE JUVENILE Gène HFE testé ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		HAMP HJUV
DEFICIT EN MCAD <input type="checkbox"/> Etude familiale <input type="checkbox"/> Diagnostic		MEFV	<input type="checkbox"/> HEMOGLOBINOPATHIES BETA <input type="checkbox"/> Diagnostic Electrophorèse Hb : Réalisée : Oui/Non Résultat :		HBB
GLYCOGENOSE 1 <input type="checkbox"/> Type 0 <input type="checkbox"/> Type 1a <input type="checkbox"/> Type V (MacArdle) <input type="checkbox"/> Type 9 <input type="checkbox"/> Etude familiale <input type="checkbox"/> Diagnostic		ACADM	<input type="checkbox"/> Etude familiale : Mutation identifiée : <input type="checkbox"/> Conjoint porteur : Mutation identifiée :		
<input type="checkbox"/> SYNDROME DE GILBERT		ABCD1	PATHOLOGIES HEMATOLOGIQUES CONSTITUTIONNELLES/HEREDITAIRES Règles 1		
DIVERS E		GAMT AGAT SLC6A8	<input type="checkbox"/> SYNDROMES MYELODYSPLASIQUES/LA B <input type="checkbox"/> Panel de gènes candidats ou Exome sequencing (WES)		GATA2, CEBPA...
MUCOVISCIDOSE <input type="checkbox"/> Diagnostic <input type="checkbox"/> Muco classique <input type="checkbox"/> Muco atypique <input type="checkbox"/> Muco atténuée Test à la sueur positif ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Etude familiale (préciser mutation(s) identifiée(s)) <input type="checkbox"/> Apparenté/conjoint porteur de la (des) mutation(s) :		ACADM	<input type="checkbox"/> SYNDROMES D'INSUFFISANCES MEDULLAIRES B E <input type="checkbox"/> Panel de gènes candidats ou Exome sequencing (WES)		TERT, TERC, FANCA,...
PANCREATITE <input type="checkbox"/> Héritaire (autos. Dominante) <input type="checkbox"/> Idiopathique		GYS2 G6PC PYGM PHKA2	<input type="checkbox"/> ERYTHROCYTOSE E <input type="checkbox"/> Taux EPO sérique bas à effondré : <i>EPOR</i> <input type="checkbox"/> Taux EPO sérique normal à haut : <i>VHL/EGLN1(PHD2)/EPAS1(HIF2A)</i>		EPOR VHL,PHD2,HIF2A
HYPERCHOLESTEROLEMIE FAMILIALE <input type="checkbox"/> Diagnostic: LDL-C >190mg/dl (ou >150 chez l'enfant) + min. 1 signe perso. ou fam. 1^{er}-2^{ème} degré obligatoire O xanthomes/arc cornéen O coronaropathie précoce (< 45ans) O ATCD fam. hypercholestérolémie Score Dutch Lipid Network (>5): <input type="checkbox"/> Etude familiale:		UGT1A1	<input type="checkbox"/> THROMBOCYTOSE E <input type="checkbox"/> THPO élevé : <i>THPO (THCYT1)</i> <input type="checkbox"/> THPO normal ou bas : <i>MPL, JAK2 (THCYT2 ou 3)</i>		THPO MPL, JAK2
Cas index: Nom..... Prénom.....DN..... Variant identifié.....Gène.....		CASR, CFTR, CLDN2, CPA1, CTRC, PRSS1, SPINK1	<input type="checkbox"/> THROMBOPENIE E <input type="checkbox"/> <i>MYH9</i> <input type="checkbox"/> <i>ANKRD26</i> <input type="checkbox"/> <i>ACTN1</i> <input type="checkbox"/> Autre (Sous-traitance) :		MYH9, ANKRD26, ACTN1
<input type="checkbox"/> ALPHA-1 ANTITRYPSINE		PANEL ADRH: LDLR, APOB, PCSK9, APOE, LDLRAP1, LIPA, ABCG5, ABCG8, STAP1	<input type="checkbox"/> NEUTROPENIE E <input type="checkbox"/> <i>CSF3R</i> <input type="checkbox"/> <i>GATA2</i> <input type="checkbox"/> Autre (Sous-traitance) :		CSF3R, GATA2
		SERPIN1A	PHARMACOGENETIQUE E		
			<input type="checkbox"/> RÉSISTANCE À L'IMURAN <input type="checkbox"/> PREDISPOSITION AUX PANCREATITES (sous traitement IMURAN) <input type="checkbox"/> TOXICITÉ DE L'IRINOTÉCAN <input type="checkbox"/> TOXICITÉ DU 5-FU Date début chimiothérapie :		TPMT HLAII UGT1A1 DPYD
			AUTRE <input type="checkbox"/> AUTRE ANALYSE : (Contacter le laboratoire)		

BIOCHIMIE GENETIQUE

ANOMALIES PRIMAIRES DU METABOLISME

SANG		Prélèvement	URINE	Diurèse : mL/24h	Prélèvement
<input type="checkbox"/> Acides aminés	Décanter immédiatement. Conservation et transport à 4°C.	P	<input type="checkbox"/> Acides aminés		U
<input type="checkbox"/> Acylcarnitines*		SS ou S	<input type="checkbox"/> Acylcarnitines		U
<input type="checkbox"/> Homocystéine*	Décanter immédiatement. Conservation et transport à 4°C.	C	<input type="checkbox"/> Acides Organiques*		U
<input type="checkbox"/> Succinylacétone*		SS	<input type="checkbox"/> Acide Mévalonique*		U
<input type="checkbox"/> Ac Gras Très Longues Chaînes + Phytanique + Pristanique*		S	<input type="checkbox"/> Acide Pipécolique		U
<input type="checkbox"/> Vitamine B6 (PLP, PL, PA, PM et PN)*		P	<input type="checkbox"/> Créatine et Guanidinoacétate*		U
<input type="checkbox"/> Biotinidase		S	<input type="checkbox"/> Acide Orotique*		U
<input type="checkbox"/> Sialotransferrines (CDT – Syndrome CDG)*		S	<input type="checkbox"/> Acide Oxalique	Diurèse 24h Envoyer urine totale	U
<input type="checkbox"/> Créatine et Guanidinoacétate		S	MALADIE DE SURCHARGE		
<input type="checkbox"/> Cholestanol + 7-Dehydrocholesterol		P	<input type="checkbox"/> Mucopolysaccharides – Electrophorèse + Dosage*		U
<input type="checkbox"/> Acides Organiques Sanguins		TS	<input type="checkbox"/> Oligosaccharides – Chromatographie*		U
<input type="checkbox"/> Lactate	Ne pas décanter. Congeler immédiatement. Transport à -20°C.	TS	METABOLISME DES SUCRES		
<input type="checkbox"/> Pyruvate		TS	<input type="checkbox"/> Fructose		U
<input type="checkbox"/> 3-Hydroxybutyrate + Acétoacétate*		S	<input type="checkbox"/> Galactose		U
<input type="checkbox"/> Acides Gras Libres*	Décanter et congeler immédiatement. Transport à -20°C.	S	LIQUIDE CEPHALORACHIDIEN		
<input type="checkbox"/> Kynurénine - Tryptophane - Sérotonine		P	<input type="checkbox"/> Acides Aminés, dont γ -Aminobutyrate (GABA)		Pc
<input type="checkbox"/> Acide Pipécolique		P			
<input type="checkbox"/> Hypoglycine A		S			
METABOLISME DES SUCRES					
<input type="checkbox"/> Galactose	Reception du prélèvement le jour même au laboratoire. Conservation et transport à 4°C.	F			
<input type="checkbox"/> Fructose		F			

HEMOGLOBINOPATHIES	Prélèvement
<input type="checkbox"/> Electrophorèse de l'Hémoglobine	H ou E
<input type="checkbox"/> Test de Solubilité - Recherche Hb S	H ou E
<input type="checkbox"/> Dépistage Hémoglobine Instable	H ou E

ENZYMOPATHIE	Prélèvement
<input type="checkbox"/> Glucose-6-Phosphate Dehydrogénase	H ou E
<input type="checkbox"/> 6-Phosphogluconate Dehydrogénase	H ou E
<input type="checkbox"/> Pyruvate Kinase	H ou E
<input type="checkbox"/> Hexokinase	H ou E
<input type="checkbox"/> Glucose-Phosphate Isomerase	H ou E
<input type="checkbox"/> Adénosine déaminase	H ou E
<input type="checkbox"/> Dihydropterine Reductase (DHPR)	SS
<input type="checkbox"/> Urydil-Galacto-Transferase (GALT - UGT)	SS

DIVERS	Prélèvement
<input type="checkbox"/> 6-Thioguanine – 6-Methylmercaptopyrine*	E
<input type="checkbox"/> Alpha1-Antitrypsine – Phénotypage	S
<input type="checkbox"/> Uracile - DihydroUracile	E

DEPISTAGE PRENATAL	Prélèvement
RISQUE DE SPINA BIFIDA sur LIQUIDE AMNIOTIQUE	
<input type="checkbox"/> Voir Fiche de Prélèvement Spécifique (MQ.A11.25)	Pc
Communiquer l'âge gestationnel.	

DEPISTAGE NEONATAL	Prélèvement
<input type="checkbox"/> Voir Fiche de Prélèvement Spécifique (MQ.A11.56)	SS
Conservation et transport à t° ambiante.	

Les buvards pour la collecte de Sang Séché (Dépistage Néonatal, Profil des Acylcarnitines) et les tubes spéciaux pour Acides Organiques Sanguins doivent être fournis obligatoirement par le laboratoire (04 / 366 76 95).

* Analyse soumise à une Règle Diagnostique INAMI

Légende des Prélèvements :

- S** Sérum (2mL) = tube coagulé
- U** Urine (10 mL)
- P** Plasma (2mL) = tube hépariné gel
- Pc** Liquide de ponction
- E** Tube EDTA (10 mL)
- H** Tube Hépariné sans gel (2 mL)
- C** Tube Citraté
- F** Tube Fluoré (tube gris – 2 mL)
- SS** Sang Séché sur Buvard
- TS** Tube Spécial (Fourni par le laboratoire. Voir procédure de prélèvement spécifique)
Conservation + Transport à 4°C, sauf recommandation spécifique