

CYTOGENETIQUE ONCOLOGIQUE—Prélèvements de tumeurs cérébrales

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 :		
N° Mutuelle :		ETIQUETTE PATIENT (espace réservé au laboratoire)
N° Matricule :		
Titulaire :		

MEDECIN PRESCRIPTEUR

Nom :	Copie à :
N° INAMI :	
Adresse :	
Téléphone :	Date et signature :
Type de compte-rendu désiré : <input type="checkbox"/> Papier <input type="checkbox"/> OMNIPRO <input type="checkbox"/> MEXI <input type="checkbox"/> Autre(s) :	

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 :
--------------------------------------	------------------------------------

La biopsie doit parvenir au laboratoire dans du milieu stérile ou liquide physiologique le jour du prélèvement avant 16h30. En cas de retard prévenir le laboratoire.

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 adresser vos échantillons.

Lames d'empreintes pour FISH (non fixées) : nb.:

TECHNIQUE(S) D'ANALYSE(S) DEMANDEE(S)

Array-CGH

Contact avec le Laboratoire OBLIGATOIRE

DONNEES CLINIQUES (OBLIGATOIRE)

CONTACTS

dispa.genetique@chuliege.be

Cytogénétique
Dr M.JAMAR / Dr Sc. C. MENTEN / Dr Sc. C. LETE / Secrétariat : 04/366.25.61

Génétique clinique
Dr V.BOURS / Secrétariat : 04/366.71.24