

### 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	Remarque
<input type="checkbox"/> Sang sur tube Hépariné sans gel (5ml) <b>H</b>	T° ambiante	Max 48h	
<input type="checkbox"/> Sang sur tube EDTA (5ml) <b>E</b>	4°C	Max 48h	
<input type="checkbox"/> Autre : ..... (Contactez le labo)	Contact préalable avec le laboratoire obligatoire		

### RENSEIGNEMENTS CLINIQUES OBLIGATOIRES

#### INFORMATIONS OBLIGATOIRES :

Informations cliniques pertinentes, pouvant affecter le résultats  
(*ex: greffe de cellules souches, transfusion récente,...*):

.....

Motif Clinique:

Informations relatives au conjoint:

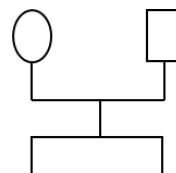
Nom : .....

Prénom : .....

Date de naissance : .....

Consanguinité?:  Oui  Non

#### ARBRE GENEALOGIQUE



- ■ : Atteint
- □ : Sain
- ◐ ◑ : Conducteur
- ↗ : Patient à investiguer

**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

#### 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  
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

## CONTEXTE PMA

**E** + **H**

<input type="checkbox"/> Bilan Femme :	<input type="checkbox"/> Bilan Homme :	<input type="checkbox"/> Don de gamètes :
<input type="checkbox"/> Caryotype standard	<input type="checkbox"/> Caryotype standard	<input type="checkbox"/> Caryotype standard
<input type="checkbox"/> X fragile (FMR1)	<input type="checkbox"/> Mucoviscidose (FIV ou couple DPI) (CFTR)	<input type="checkbox"/> X fragile (Don d'ovule) (FMR1)
<input type="checkbox"/> Amyotrophie Spinale (SMN1)	<input type="checkbox"/> Microdélétion du Chromosome Y / Région AZF (AZF) <input type="checkbox"/> OAT <input type="checkbox"/> Azoospermie <input type="checkbox"/> TESE/ICSI	<input type="checkbox"/> Mucoviscidose (CFTR)
		<input type="checkbox"/> Autre: .....

Hémoglobinopathies : Electrophorèse Hémoglobine Anormale, Résultat : .....

- Béta-thalassémie (**HBB**)
- Drépanocytose (**HBB**)
- Alpha-thalassémie (**HBA**)

## CONTEXTE ANTECEDENTS FAMILIAUX

**E** + **H**

ID apparenté : Nom..... Prénom..... DN..... Lien parenté : .....

Couple Consanguin?  Oui     Non    **→**    ID conjoint : Nom..... Prénom..... DN.....

Mutation/Anomalie identifiée : .....

- Amyotrophie Spinale (**SMN1**)
- X fragile (**FMR1**)
- Mucoviscidose (**CFTR**)
- Hémoglobinopathies : Electrophorèse Hémoglobine Anormale, Résultat : .....
  - Béta-thalassémie (**HBB**)
  - Drépanocytose (**HBB**)
  - Alpha-thalassémie (**HBA**)
- Caryotype standard

Autre : ..... (contactez le laboratoire)

## AUTRES

**H**

Caryotype standard

**Indications cliniques (à remplir obligatoirement, art.33) :**

- Suspicion/ Exclusion de syndrome chromosomique : .....
- Fausses couches à répétition ; G :.....P :.....FC :.....GEU :.....IVG :.....
- Suspicion d'anomalie chromosomique chez un fœtus\*
- Anomalie chromosomique dépistée par cytogénétique moléculaire #
- Suspicion de mosaïcisme

Autre : .....(contactez le laboratoire)

### Légende

- E** EDTA (2X5ml)                      \* Référence du proband obligatoire
- H** Hépariné (5ml)                    # Référence du résultat préalable obligatoire

## CONTACTS

dispa.genetique@chuliege.be

#### 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  
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