# CHU DE BORDEAUX - LABORATOIRE CYTOGÉNÉTIQUE

**95558**

REFERENCES POUR ETABLISSEMENT EXTERNE:
N° CelFacBio 3814 ☐ Libourne 610012 ☐ I. Bergonié 409309
☐ C. Perrens 610001 ☐ Cadillac 610023 ☐ N° autre étab. ext. :

⚠ Concerne l'ABC ⚠
Coller ici :
l'étiquette bon de demande sans masquer le prescripteur merci

**La non conformité de la demande d'examens peut entrainer la non réalisation des analyses**

**Etiquette du patient ou**
Nom d'usage : ……..
Nom de famille (de naissance) : ……
Prénom : ……
Sexe : ……
Date de naissance : …… / …… / ……
N° identification : ……..
Ville : …… CP : ……

Cachet du service (UG)

Téléphone

Médecin prescripteur : ……..
Préleveur (nom, qualité) : ……
**Date de prélèvement : ……..**
**Heure de prélèvement : ……**
Incidents survenus lors du prélèvement :
……
……

## TYPE DE PRÉLÈVEMENT

☐ **SANG** : 1 tube héparine de lithium PET 7mL ou 4,5mL vert foncé
ou **3** tubes micro-méthode (pédiatrie)

Tube **REMPLI** à bouchon **vert foncé SANS GEL**

☐ **VILLOSITÉS CHORIALE**
☐ **LIQUIDE AMNIOTIQUE**

☐ **URGENT**

☐ **Fibroblastes** (biopsie de peau)
☐ **Frottis jugal**
☐ **Autre** : ……

◯ Nouveau-né < 1 mois
◯ Grossesse en cours

Pour davantage d'informations, consultez le catalogue en ligne : https://catbio.chu-bordeaux.fr

## ANALYSES DEMANDÉES

☐ **CARYOTYPE**
☐ **FISH** (hybridation in situ)
☐ Recherche **de cassures (FANCONI)** Sur rendez-vous Lundi / Mardi : 05567(95558)
Si anomalie chromosomique / locus connus, préciser : ……..

## JOINDRE OBLIGATOIREMENT AU PRÉLÈVEMENT

☐ **Prescription médicale**, sur ordonnance cachetée précisant l'analyse demandée
☐ **Consentement**, daté, coché et signé (médecin, patient, ou parents si patient mineur)
☐ **Renseignements cliniques** complétés (voir verso de ce bon) :
1. Prélèvement **PRÉ**natal
2. Prélèvement **POST**natal

⚠ **La non conformité de la demande d'examens peut entraîner la non réalisation des analyses** ⚠

Adresse email sécurisée **MSSANTE** : ……

**CACHET et SIGNATURE du prescripteur**

## RENSEIGNEMENTS CLINIQUES

1. Prélèvement **PRÉ**natal :

DDG : …… Nombre SA : ……. IMG Date : …….. DPNI résultat : ……..

Indications :

▢ Signes d'appels échographiques ( clarté nucale, RCIU, hygroma,hydramnios, autres ) :

……

▢ MSM : 1er trim : 1 / ……. 2ème trim : 1 / …….
▢ Autres : ……

2. Prélèvement **POST**natal : Indication : cocher **1 seule case**

▢ Déficience intellectuelle ou trouble des apprentissages dans un cadre **syndromique**
▢ Déficience intellectuelle ou troubles des apprentissages **isolés**
▢ Malformations **SANS** retard psychomoteur
▢ Troubles envahissants du développement (TED) / Autisme ou troubles psychiatriques / Comportement
▢ Epilepsie isolée
▢ Troubles de la reproduction : infertilité
▢ Troubles de la reproduction : fausses couches
▢ Trouble de la croissance ou trouble du cycle menstruel et/ou avance ou retard pubertaire
▢ Variation du développement sexuel (y compris secondaire)
▢ Maladies cassantes (Fanconi)
▢ Etudes familiales : Nom du cas Index + lien de parenté : ……
▢ Don de gamètes et d'embryons
▢ Recherche d'une anomalie constitutionnelles suite à la réalisation d'un examen somatique
▢ Examen fœtopathologie
▢ Autres : ……

# CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE DE BORDEAUX
# Groupe Hospitalier PELLEGRIN

## LABORATOIRE DE CYTOGÉNÉTIQUE

## Sous-sol de la MATERNITÉ « Centre Aliénor d'Aquitaine »

▢ **URGENT**