CHU DE BORDEAUX - LABORATOIRE GÉNÉTIQUE MOLÉCULAIRE BIOCHIMIE (ANALYSES GÉNÉTIQUES)

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 N° Cristal
Nom d'usage : ……
Nom de famille (de naissance) : ……
Prénom : ……
Sexe : ……
Date de naissance : …… / …… / ……
N° Identification : ……
Ville : …… CP : ……

Cachet du service (UG)

Téléphone

Médecin prescripteur : ……
……
Date de prélèvement : ……
Heure de prélèvement (T0 si multitemps) : ……
Préleveur (nom, qualité) : ……
Incidents survenus lors du prélèvement :
……
……

☐ **URGENT**

☐ Sang sur EDTA (1 tube ≥ 4 mL ou 2 microméthodes)
☐ Sang sur STRECK pour DPNI (1 tube rempli)
☐ Sang total sur PAXGENE (2 tubes)

☐ Villosités choriales (prénatal)
☐ Liquide amniotique (prénatal)
☐ ADN
☐ Salive

☐ Biopsie : ……
☐ Frottis : ……
☐ Autre : ……

Renseignements cliniques : *pour les demandes sans fiche spécifique dédiée et/ou liste des 3 symptômes les plus spécifiques*
……
……
……

JOINDRE OBLIGATOIREMENT au prélèvement :
1. **Ce bon de demande (qui sert de prescription s'il est correctement rempli et signé)**
2. **Les renseignements cliniques (fiche de renseignement spécifique *)**
3. **Les consentements éclairés, cochés et signés**

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

☐ Cas index
☐ Ségrégation familiale
Nom du cas index : ……
Gène / variant : ……

Service de génétique moléculaire

05 56 79 59 81
(ABC : enregistrement du code GLIMS : **GENET**)

☐	ALBI	Albinisme*
☐	GANAFCT	Analyses fonctionnelles (validation préalable) ☐ RT-PCR ☐ RNAseq ☐ Minigène
☐	BIAI	Biais d'inactivation de l'X
☐	CARD	Malformations cardiaques complexes congénitales
☐	CGHA	CGH Array*
☐	DPNI	Dépistage prénatal non invasif des trisomies 13, 18, 21 **TUBE STRECK** *Consentement DPNI spécifique avec fiche de renseignements intégrée*
☐	FABR	Maladie de Fabry ***(GLA)****
☐	EXOM	Exome (**validation en RCP génétique obligatoire**) ☐ Simplex ☐ Trio
☐	INCO	Incontinentia Pigmenti
☐	INFY	Infertilité masculine **(Microdélétion de l'Y)***
☐	MUCO	☐ Mucoviscidose ***(CFTR)*** ☐ Autres affections liées à ***CFTR*** (absence des canaux déférents, pancréatite chronique idiopathique, kératodermie palmoplantaire aquagénique, dilatation des bronches, polypose naso-sinusienne)
☐	NBIA	Neurodégénéréscence avec accumulation intracérébrale de fer*
☐	PROM	Dystrophie myotonique proximale ***(ZNF9)***
☐	RUBI	Syndrome de Rubinstein-Taybi et chromatinopathies **(Exome)***
☐	STEI	Maladie de Steinert ***(DMPK)****
☐	SURD	Surdité congénitale ***(CX26, CX30, CX31)****
☐	XFRA	X fragile, insuffisance ovarienne précoce, Ataxie-tremblements ***(FMR1)****
☐	STO	Stockage ☐ Ségrégation ☐ Conservation (uniquement si pronostic vital engagé)
☐	EXT	Extraction avant envoi

CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE DE BORDEAUX
Accueil de Biologie Centralisé
2ème étage – Tripode – Groupe Hospitalier Pellegrin
Place Amélie Raba Léon, 33076 Bordeaux CEDEX

POUR LES ANALYSES NON RÉALISÉES AU CHU DE BORDEAUX :
DOCUMENT À REMPLIR AU VERSO

Service de biochimie

05 57 82 21 78

☐	CGFER	Hémochromatoses héréditaires* (C282Y, rares)
☐	CGDERM	Génodermatoses*
☐	CGMB	Maladies métaboliques*
☐	CGLOB	Pathologies constitutionnelles du globule rouge*
☐	CGNEP	Lithiases rénales – Nephrocalcinoses* Anomalies du métabolisme phosphocalcique* Maladies complément dépendantes
☐	CGPOR	Génotypage des porphyries*
☐	CGDM	Diabètes monogéniques* (type MODY)
☐	CGAAT	Analyse du gène *SERPINA1**
☐	CGHCH	Hypercholestérolémies familiales*
☐	CGHTG	Hypertriglycéridémies majeures*
☐	CGOBE	Obésités monogéniques non syndromiques*
☐	CGUGT	Maladie de Gilbert (si traitement par irinotécan cocher « CGPHAR »)

Voir liste détaillée des gènes dans https://catbio.chu-bordeaux.fr
(Accueil > Prescription > Catalogues complémentaires > Analyses génétiques)

Pharmacogénétique

☐	CGPHAR	Cocher l'analyse demandée : ☐ ***TPMT*** et ***NUDT15*** (Aziathiopine, 6MP, 6TGN) ☐ ***CYP2C19*** (mavacamten) ☐ ***UGT1A1*** (irinotécan) ☐ ***BCHE*** (curares) Autre : ……

Analyse de DPD à prescrire sur le verso du bon LU : « Uracilémie DPD (phénotypage) »

Lieu : ……
Date : ……
Cachet et signature du prescripteur :

Attention : Il existe plusieurs forfaits de séquençage NGS allant de 882€ (BHN 3270) à 2205€ (BHN 8170)

VOIR SUITE AU VERSO →

CHU DE BORDEAUX - LABORATOIRE GÉNÉTIQUE MOLÉCULAIRE BIOCHIMIE (ANALYSES GÉNÉTIQUES)

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 N° Cristal
Nom d'usage : ……..
Nom de famille (de naissance) : ……
Prénom : ……
Sexe : ……
Date de naissance : …… / …… / ……
N° Identification : ……
Ville : …… CP : ……

Cachet du service (UG)

Téléphone

Médecin prescripteur : ……
……
Date de prélèvement : ……
Heure de prélèvement (T0 si multitemps) : ……
Préleveur (nom, qualité) : ……
Incidents survenus lors du prélèvement :
……
……

Demandes d'Analyses réalisées HORS CHU de Bordeaux
Centre d'Envoi des Echantillons de Biologie 05 57 82 11 33

Bon à remplir impérativement par le prescripteur sénior

☐ **URGENT**

☐ Sang sur EDTA (1 tube ≥ 4 mL ou 2 microméthodes)
☐ Sang sur STRECK pour DPNI (1 tube rempli)
☐ Sang total sur PAXGENE (2 tubes)

☐ Villosités choriales (prénatal)
☐ Liquide amniotique (prénatal)
☐ ADN
☐ Salive

☐ Biopsie : ……
☐ Frottis : ……
☐ Autre : ……

Renseignements cliniques : *pour les demandes sans fiche spécifique dédiée et/ou liste des 3 symptômes les plus spécifiques*
……
……
……

Nom de la **maladie** recherchée : …… ☐ Cas index
Nom du ou des **gènes** à analyser : …… ☐ Ségrégation familiale
Variant spécifique : …… Nom du cas index : ……
Médecin Prescripteur (sénior) : ……
Service : ……
N° de téléphone : ……

Demande d'Analyse non répertoriée au référentiel des analyses de génétique transmises hors CHU
Adresse complète du laboratoire destinataire :
……
……
……
……
……
……

Conditions de réalisation et de transport : ……

AJOUT D'EXAMEN GENETIQUE : échantillon déjà en possession du laboratoire extérieur exécutant

- Libellé de l'examen ajouté : ……
- Date et N° CEEB du prélèvement initial : ……
- Date d'ajout d'examen : ……
- LABORATOIRE EXTERIEUR exécutant (HORS CHU) : ……
- MEDECIN PRESCRIPTEUR (titulaire) : ……
- ATTENTION : FAXER cette demande d'ajout au laboratoire extérieur exécutant
- TRANSMETTRE une copie de cette demande au CEEB GHPellegrin (Fax: 98749) avec N° CEEB du prélèvement initial.

JOINDRE OBLIGATOIREMENT au prélèvement :
1. Ce bon de demande (qui sert de prescription s'il est correctement rempli et signé)
2. Les renseignements cliniques (ou fiche de renseignements spécifique)
3. Les consentements éclairés et arbre généalogique

❑ Envois Extérieurs de GÉNÉTIQUE MOLÉCULAIRE
Accueil de Biologie Centralisé
Centre d'Envoi des Echantillons de Biologie
2ème étage - TRIPODE
GROUPE HOSPITALIER PELLEGRIN
Place Amélie Raba Léon
33076 BORDEAUX Cedex

Lieu : ……
Date : ……
Cachet et signature du prescripteur :