SERVICE DE CYTOGENETIQUE MEDICALE
CHU ESTAING
Pr A. TCHIRKOV
Tel : 04 73 750 703 / 50 712
Fax : 04 73 750 704

Identité du patient

N° d'UF

Les zones grisées sont réservées au laboratoire

Date du prélèvement : Heure :

Préleveur : Prescripteur :

CYTOGENETIQUE CONSTITUTIONNELLE PRE ET POSTNATALE

(Joindeobligatoirement le consentement pour examen des caractéristiques génétiques à des fins médicales et /ou conservation)

PRELEVEMENT

- Sang ❑
- Liquide amniotique ❑
- Villosités choriales ❑
- Sang du cordon ❑
- Biopsie ❑

à préciser _____

- Produit de curetage ❑
- Placenta (après naissance) ❑
- Autre ❑

à préciser _____

COMMENTAIRES PRELEVEMENTS

Reçu le à par

EXAMENS A REALISER

- Caryotype ❑
- FISH ❑

à préciser _____

- AneuVysion ❑
- Recherche cassures chromosomiques ☎ ❑

- Test génétique non invasif T21 (TGNI) ❑

à préciser T13/T18/ T21 ❑ WGS ❑

- Recherche disomie uniparentale ❑
- ACPA (CGH-*array*) ❑
- QMF-PCR ❑

à préciser _____

- AZF ❑
- Autre ❑

- Culot fixé ❑
- Extraction ADN ❑
- Culture cellulaire ❑
- Sécurisation -20° C ❑
- Congélation -80°C ❑
- Envoi extérieur ❑

à préciser _____

Validé le par

INDICATIONS (* joindre obligatoirement le compte-rendu de l'examen)

PRENATAL

1. **Risque de T21 ≥ 1/50 * :**
   - **1a** - dépistage combiné 1er trimestre ❑
   - **1b** - dépistage par MSM 2ème trimestre ❑
2. **Anomalie chromosomique parentale *** ❑
3. **Antécédent de grossesse avec caryotype anormal *** ❑
4. **Signes d'appel échographiques (SAE) :**
   - **4a** - CN ≥ 3.5 mm ❑
   - **4b** - autres SAE ❑
5. **Age maternel** (absence de dépistage) ❑
6. **Indication non cytogénétique** ❑
7. **Convenance personnelle** ❑
8. **Contrôle TGNI Positif *** ❑
9. **Echec TGNI** (après 2 tentatives) ❑
10. **TGNI : Risque de T21 entre 1/50 et 1/1000 * :**
    - **10a** – DCT1 > 1/1000 ❑
    - **10b** – MSM T2 > 1/1000 ❑
11. **TGNI : MSM hors bornes*** ❑
12. **TGNI : Grossesse multiple** ❑
13. **TGNI : Absence de dépistage** ❑
14. **Autres** ☎ ❑

POSTNATAL

Anomalies du développement ❑
Troubles de la reproduction ❑
Enquête familiale ❑
Maladies cassantes ❑
Autre ❑

FŒTUS

FCS / MFIU / MPP ❑ **IMG** ❑

COMMENTAIRES INDICATIONS PRENATAL :

TERME : **CN :** **DCT1* :**
AGE : **MSM T2 * :**
ATCD : G P
TGNI réalisé : ❑ **oui** ❑ **non**
Sexe Fœtal : ❑ **F** ❑ **M** ❑ **I**

FIV : ❑ **oui** ❑ **non** **si oui à préciser** _____

SAE contre-indiquant le TGNI ❑ **oui** ❑ **non**

RENSEIGNEMENTS CLINIQUES (obligatoires) :