

LABORATOIRE AUTORISE POUR LA REALISATION DES EXAMENS DES CARACTERISTIQUES GENETIQUES D'UNE PERSONNE

PATIENT	MEDECIN PRESCRIPTEUR
Nom	Signature :
Prénom.....	
Date de naissance	
Adresse.....	
.....	

RENSEIGNEMENTS SUR L'APPARENTE	RENSEIGNEMENTS CLINIQUES
CONJOINT NomPrénom.....	<input type="checkbox"/> Grossesse (DDG) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Date de prélèvement : <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Diagnostic prénatal en cours <input type="checkbox"/> Attestation médicale / Consentement patient Si NON le RECLAMER
PERE NomPrénom.....	
MERE NomPrénom.....	

CYTOGENETIQUE ET CYTOGENETIQUE MOLECULAIRE (renseignements cliniques obligatoires)	
<input type="checkbox"/> Sang total Nombre de tubes :	<input type="checkbox"/> EDTA <input type="checkbox"/> Hépariné
<input type="checkbox"/> Tissu (en milieu de culture) : préciser.....	

INDICATION		
Retard mental/Malformations		
<input type="checkbox"/> (12) Retard mental	<input type="checkbox"/> (12) Délai d'acquisition du langage	<input type="checkbox"/> (12) Troubles du comportement
<input type="checkbox"/> (12) Trait autistique	<input type="checkbox"/> (12) Trouble envahissant du développement	<input type="checkbox"/> (12) Troubles psycho-moteurs
<input type="checkbox"/> (14) Dysmorphie faciale	<input type="checkbox"/> (22) Suspicion de trisomie 21	<input type="checkbox"/> (21) Retard statural/pondéral
<input type="checkbox"/> (20) Obésité avec retard mental	<input type="checkbox"/> (21) Obésité sans retard mental	
<input type="checkbox"/> (15) Malformations (précisez) :		
<input type="checkbox"/> (23) Autres (précisez) :		

Suspicion d'anomalies gonosomiques		
<input type="checkbox"/> (02) Syndrome de Klinefelter	<input type="checkbox"/> (27) Syndrome de Turner	<input type="checkbox"/> (19) Retard pubertaire
<input type="checkbox"/> (06) Aménorrhée secondaire	<input type="checkbox"/> (07) Ménopause précoce	<input type="checkbox"/> (31) Insuffisance ovarienne précoce POF
<input type="checkbox"/> (28) Transsexuel	<input type="checkbox"/> (17) Ambiguïté sexuelle / malformations génitales	<input type="checkbox"/> (21) Retard statural/pondéral

Troubles de la reproduction		
<input type="checkbox"/> (01) Azoospermie	<input type="checkbox"/> (01) Oligospermie sévère	<input type="checkbox"/> (01) Oligo-asthéo-téatospermie OATS
<input type="checkbox"/> (01) ABCD	<input type="checkbox"/> (08) Bilan Pré-FIV/Pré-ICSI/Don de gamètes	<input type="checkbox"/> (10) Stérilité non étiquetée
<input type="checkbox"/> (11) Fausses couches spontanées à répétition (nombre) :		

Troubles neurosensoriels / neuromusculaires		
<input type="checkbox"/> (12) Syndrome FXTAS	<input type="checkbox"/> (12) Epilepsie	<input type="checkbox"/> (05) Troubles du sommeil
<input type="checkbox"/> (12) Surdité isolée	<input type="checkbox"/> (12) Surdité syndromique	<input type="checkbox"/> (30) Dystrophie musculaire
<input type="checkbox"/> (12) Neuropathie optique	<input type="checkbox"/> (12) Surdité/Diabète	<input type="checkbox"/> (30) Hypotonie
	<input type="checkbox"/> (12) Cataracte	

Enquête familiale anomalie chromosomique (joindre résultat du cas index ou coordonnées du laboratoire ayant réalisé le caryotype)	
<input type="checkbox"/> (25) Etude familiale (apparenté au 1 ^{er} degré)	<input type="checkbox"/> (29) Etude familiale (non apparenté au 1 ^{er} degré)

TEST DEMANDE	
<input type="checkbox"/> Caryotype constitutionnel	
<input type="checkbox"/> Caryotype constitutionnel sur sang de nouveau-n� (0 à 8 jours)	
<input type="checkbox"/> Etude (pan-) télomères (FISH, tube Héparine)	
<input type="checkbox"/> Etude (pan-) télomères (MLPA-hors nomenclature, tube EDTA)	
<input type="checkbox"/> Recherche d'un syndrome microd�l�tionnel :	
<input type="checkbox"/> Wolf-Hirschhorn (4p-)	<input type="checkbox"/> Cri du Chat (5p-)
<input type="checkbox"/> Smith-Magenis	<input type="checkbox"/> Miller-Diecker
<input type="checkbox"/> Willi-Prader	<input type="checkbox"/> DiGeorge
<input type="checkbox"/> Angelman	<input type="checkbox"/> Williams-Beuren
<input type="checkbox"/> o autre.....	
<input type="checkbox"/> Disomie uniparentale (précisez le chromosome) :	
<input type="checkbox"/> Autres (précisez) :	

GENETIQUE MOLECULAIRE (renseignements cliniques obligatoires)

- Sang total Nombre de tubes : EDTA
 Tissu (en milieu de culture) : préciser.....
 Urine (du matin)

TEST DEMANDE	INDICATION
<input type="checkbox"/> Recherche des mutations fréquentes du gène <i>CFTR</i> (+/-variant d'épissage IVS8 (T)(TG) +/- mutations rares) (test reflex) <input type="checkbox"/> Micro-délétions du chromosome Y <input type="checkbox"/> Recherche du gène <i>SRY</i>	<input type="checkbox"/> Joindre la feuille de renseignement spécifique http://www.lab-cerba.com/genetique/GNCFTR.pdf <input type="checkbox"/> Exploration d'une infertilité masculine <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Azoospermie <input type="checkbox"/> Oligospermie sévère <input type="checkbox"/> OATS <input type="checkbox"/> Autre (préciser) : <input type="checkbox"/> Ambiguïté sexuelle <input type="checkbox"/> Autre (préciser) :
<input type="checkbox"/> <i>FGFR3</i> Achondroplasie <input type="checkbox"/> <i>FGFR3</i> Hypochondroplasie <input type="checkbox"/> <i>FGFR3</i> Dysplasie thanatophore <input type="checkbox"/> <i>FGFR2</i> Syndrome Apert <input type="checkbox"/> <i>SHOX</i> Syndromes Léri-Weill et Langer, petite taille idiopathique <input type="checkbox"/> <i>PTPN11</i> Syndrome de Noonan/ Syndrome Léopard	<input type="checkbox"/> Suspicion clinique <input type="checkbox"/> Etude familiale <input type="checkbox"/> Autre (préciser) : <input type="checkbox"/> Joindre la feuille de renseignement spécifique http://www.lab-cerba.com/genetique/GNSHOX.pdf <input type="checkbox"/> Joindre la feuille de renseignement spécifique http://www.lab-cerba.com/genetique/NOONAN.pdf
<input type="checkbox"/> Etude du gène <i>FMR1</i> (syndrome X fragile) <input type="checkbox"/> Syndrome d'Angelman <input type="checkbox"/> Syndrome de Willi-Prader <input type="checkbox"/> Etude du gène <i>MECP2</i> (syndrome de Rett)	<input type="checkbox"/> Suspicion clinique <input type="checkbox"/> Etude familiale <input type="checkbox"/> Autre (préciser) : <input type="checkbox"/> Joindre la feuille de renseignement spécifique http://www.lab-cerba.com/genetique/GNRETT.pdf
<input type="checkbox"/> <i>DMPK</i> Dystrophie myotonique de Steinert* <input type="checkbox"/> <i>SMN1</i> Amyotrophie spinale (diagnostic) <input type="checkbox"/> <i>SMN1</i> Amyotrophie spinale (hétérozygotie)*	<input type="checkbox"/> Suspicion clinique <input type="checkbox"/> Etude familiale <input type="checkbox"/> Autre (préciser) :
<input type="checkbox"/> <i>GJB6</i> Connexine 30 <input type="checkbox"/> Surdité mitochondriale <input type="checkbox"/> Surdité/Diabète mitochondriale <input type="checkbox"/> <i>GJB2</i> Connexine 26	<input type="checkbox"/> Suspicion clinique <input type="checkbox"/> Etude familiale <input type="checkbox"/> Autre (préciser) : <input type="checkbox"/> Joindre la feuille de renseignement spécifique http://www.lab-cerba.com/genetique/CONNEX.pdf
<input type="checkbox"/> Cytopathie mitochondriale MERRF <input type="checkbox"/> Cytopathie mitochondriales MELAS <input type="checkbox"/> Cytopathie mitochondriales NARP <input type="checkbox"/> Atrophie optique de Leber LHON <input type="checkbox"/> Surdité mitochondriale <input type="checkbox"/> Surdité/Diabète mitochondriale	<input type="checkbox"/> Suspicion clinique <input type="checkbox"/> Etude familiale <input type="checkbox"/> Autre (préciser) :
<input type="checkbox"/> <i>HEXA</i> Maladie de Tay-Sachs <input type="checkbox"/> <i>ASPA</i> Maladie de Canavan <input type="checkbox"/> <i>IKBKAP</i> Dysautonomie familiale <input type="checkbox"/> <i>AAT</i> alpha-1 antitrypsine génotypage <input type="checkbox"/> <i>UGT1A1</i> maladie de Gilbert <input type="checkbox"/> Maladie de Fabry (dosage de l'alpha-galactosidase) <input type="checkbox"/> <i>MEFV</i> Fièvre Méditerranéenne Familiale et autres FRH <input type="checkbox"/> <i>F8/F9</i> Hémophilie A et B <input type="checkbox"/> <i>HBB/HBA1/HBA2</i> Drépanocytose et autres Hémoglobinoopathies	<input type="checkbox"/> Suspicion clinique <input type="checkbox"/> Suspicion biologique <input type="checkbox"/> Dépistage d'hétérozygote <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Antécédent familial personnel <input type="checkbox"/> Antécédent familial chez le conjoint <input type="checkbox"/> Sans antécédent <input type="checkbox"/> Autre (préciser) : <input type="checkbox"/> Etude moléculaire d'un cas index <input type="checkbox"/> Autre (préciser) : <input type="checkbox"/> Joindre la feuille de renseignement spécifique http://www.lab-cerba.com/genetique/GENFMF.pdf <input type="checkbox"/> Joindre la feuille de renseignement spécifique http://www.lab-cerba.com/genetique/HEMOPH.pdf <input type="checkbox"/> Joindre la feuille de renseignement spécifique http://www.lab-cerba.com/biologie/HEMOGN.pdf