



DEMANDE DE RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES POUR DES EXAMENS DE CYTOGÉNÉTIQUE ET/OU GÉNÉTIQUE MOLECULAIRE

LABORATOIRE LEFAURE - PETIT

11 Chemin de la Belle au Bois Dormant 88000 EPINAL Tél : 03.29.68.04.04 Fax : 03.29.68.49.59

Responsables : Dr G. LEFAURE - Dr V. PETIT - Dr C. PETIT

Vous nous avez fait parvenir une demande concernant un examen cytogénétique et / ou de génétique moléculaire. Merci de compléter cette fiche de renseignements.

IDENTITE DU PATIENT(E)

NOM :

Sexe F M

Prénom :

Date de Naissance :

DEMANDE D'ANALYSE DE CYTOGÉNÉTIQUE

- Caryotype standard** : Indications
 - Retard mental, syndrome dysmorphique (préciser)
 - Trouble de la Reproduction (préciser) :
 - Suspicion d'Anomalie des gonosomes (préciser) :
 - Etude Familiale (joindre le compte-rendu du cas index et degré de parenté)
 - Autres (préciser) :
- Recherche de Microdélétion par hybridation in situ (préciser) :**

DEMANDE D'ANALYSE DE GÉNÉTIQUE MOLECULAIRE

- Bilan de thrombophilie**
 - Mutation du facteur V
 - Mutation du facteur II
 - Préciser si cas index ou apparenté :
 -
- Hémochromatose (C282Y, H63D, S65C)**
 - Cas index : préciser le coefficient de saturation
 - Apparenté (Cf arbre généalogique + joindre compte rendu)
- Microdélétion Y**
- Mucoviscidose** : stérilité
 - Diagnostic (patient atteint, intestin hyperéchogène pour la grossesse en cours...)
 - Apparenté (Cf arbre généalogique + joindre le compte rendu)
- X Fragile** : Suspicion
 - Cas familial (Cf arbre généalogique + joindre compte rendu)
 - Ménopause précoce
- Autres (préciser)**

