Demande d'analyse Génétique PRÉNATALE

27P

Cliniques universitaires SAINT-LUC UCL BRUXELLES

CENTRE DE GENETIQUE HUMAINE UCL
Cliniques Universitaires Saint-Luc
Avenue E. MOUNIER – entrée F
Tour R. FRANKLIN – étage 0S
B-1200 BRUXELLES
BELGIQUE

Secrétariat: +32 2 764 67 74
Fax: +32 2 764 69 36

Il est indispensable de compléter chaque rubrique pour que cette demande (donc l'analyse) soit prise en charge.

IDENTIFICATION DU PATIENT (données indispensables)

Nom, prénom :
Date de naissance :
Sexe: F ❑ / M ❑
Adresse :
Nom, prénom du conjoint :
Date de naissance du conjoint :

ETIQUETTE

Si patient hors Cliniques Universitaires St-Luc
vos références du patient : .....

❑ patient ambulatoire
❑ patient hospitalisé
- date d'admission : .....
- identification de l'établissement hospitalier :
.....
.....
- n° agréation de l'établissement :
.....

MÉDECIN PRESCRIPTEUR (données indispensables)

Nom, prénom :
N° INAMI :
Date :
Signature :

CACHET

Adresse :

☎ / Fax :

Copie à adresser à (nom, prénom et adresse) :

RENSEIGNEMENTS DE MUTUELLE

Mutuelle :
N° NISS :

VIGNETTE

Code titulaire/bénéficiaire :

DATE ET LIEU DE PRÉLÈVEMENT

Date du prélèvement: ..... / ..... / .....
Heure du prélèvement: ..... h ..... min

Le prélèvement doit parvenir au laboratoire endéans les 24 heures - Conservation et envoi à température ambiante - Ne pas congeler !

RENSEIGNEMENTS CLINIQUES (données indispensables)

Date des dernières règles : ..... / ..... / ..... G ..... P .....
Age gestationnel : ..... semaines d'aménorrhée - Terme : .....

Indications :

❑ Age maternel : ..... ans
❑ Résultat Nipt Anormal
❑ Nuque épaisse à .....
❑ Anomalie(s) fœtale(s) à l'échographie : (merci de préciser) .....
.....
❑ Anomalie génétique dans la famille : .....
.....
❑ Fausse-couche / mort in utero / mort-né : .....
.....
❑ Autre : .....
.....

NATURE DU PRÉLÈVEMENT cocher la case adéquate

❑ Liquide amniotique (seringue/tube stérile)
- ponction transplacentaire : oui / non
- volume prélevé : ..... ml

❑ Villosités choriales (milieu de culture)

❑ Sang fœtal (tube héparine de sodium pour caryotype conventionnel, tube EDTA pour caryotype moléculaire)

❑ Fausse-couche : ❑ placenta
❑ villosités choriales
❑ cordon
❑ peau fœtale
❑ produit d'expulsion/curetage

(mettre le prélèvement dans du milieu de culture fourni par le laboratoire ou dans du sérum physiologique stérile)

❑ Autre : .....

DEMANDE D'ANALYSE(S) cocher la/les case(s) adéquate(s) (données indispensables)

Analyses cytogénétiques :

❑ Caryotype moléculaire (SNP-array) :
- joindre un consentement éclairé
- joindre un prélèvement sanguin sur EDTA **des deux parents** et remplir un bon 27G pour chaque personne.
Merci de cocher sur ce bon 27G la case «parent dans le cadre d'une analyse prénatale» et de mentionner dans la section «Renseignements cliniques» spécifiquement pour le conjoint : «Conjoint de Madame... avec DN»

❑ Recherche rapide d'aneuploïdie par QF-PCR
❑ 13 ❑ 18 ❑ 21 ❑ XY

Analyses moléculaires : joindre également un prélèvement sanguin sur EDTA des deux parents et remplir un bon 27G par personne

❑ Extraction d'ADN pour .....

Analyse : .....

- **En fonction du contexte clinique et des autres données de laboratoire, certaines analyses pourraient soit ne pas être réalisées, soit être réalisées à titre complémentaire – vous serez tenu(e) informé(e).**
- **Un conseil génétique est indispensable AVANT tout test prédictif et est indiqué pour les maladies génétiques héréditaires.**