



DEMANDE D'ANALYSE MOLECULAIRE CONSTITUTIONNELLE POSTNATALE
5^{ème} étage du Bâtiment Pharmacie

<p>Etiquette ORBIS Patient</p> <p>Nom :</p> <p>Prénom :</p> <p>Date de Naissance :</p> <p>.....</p> <p>Sexe : M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/></p>	<p>Etiquette Service de soin du patient - UH</p>	<p>PRESCRIPTEUR</p> <p>Nom :</p> <p>Prénom :</p> <p>Identifiant APH :</p> <p>Email :</p> <p>N° de poste :</p>	<p>PRELEVEUR</p> <p>Nom :</p> <p>Date :</p> <p>Heure :</p> <p>N° de poste :</p>
--	---	--	--

Examen demandé	Conditions de prélèvement
<input type="checkbox"/> Analyse chromosomique sur puce à ADN <input type="checkbox"/> Séquençage d'exome en <u>trio</u> avec parents sinon <u>JUSTIFIER</u> : <input type="checkbox"/> Séquençage Long Read <input type="checkbox"/> Analyse ciblée, préciser et joindre le précédent résultat : <input type="checkbox"/> Microdélétion du chromosome Y (joindre le spermogramme) <p><u>DEMANDE URGENTE. JUSTIFIER :</u></p>	<p>- 2 tubes de sang EDTA (2 tubes bouchon violet) - ADN extrait - Pour les prélèvements autres, rdv obligatoire et discussion des modalités avant le prélèvement avec le laboratoire.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tissu congelé (transport en carboglace) • Tissu frais, dans tube contenant du milieu de transport à demander au laboratoire (01 44 73 52 79)

Renseignements cliniques indispensables :

<p><u>Antécédents familiaux :</u></p> <p><input type="checkbox"/> normaux <input type="checkbox"/> parents apparentés <input type="checkbox"/> pathologies dans la famille, préciser lesquelles et le lien de parenté :</p>	<p><u>Grossesse :</u></p> <p><input type="checkbox"/> normale <input type="checkbox"/> RCIU <input type="checkbox"/> Nuque épaisse <input type="checkbox"/> Hydramnios <input type="checkbox"/> Autres, préciser :</p>	<p><u>Développement :</u></p> <p><input type="checkbox"/> Retard moteur <input type="checkbox"/> DI absente <input type="checkbox"/> DI légère <input type="checkbox"/> DI modérée <input type="checkbox"/> DI sévère <input type="checkbox"/> trouble du spectre autistique</p>
<p><u>Croissance postnatale :</u></p> <p><input type="checkbox"/> normale <input type="checkbox"/> microcéphalie : <input type="checkbox"/> macrocéphalie : <input type="checkbox"/> retard statural : <input type="checkbox"/> avance staturale : <input type="checkbox"/> surpoids</p>	<p><u>Signes neurologiques :</u></p> <p><input type="checkbox"/> cérébelleux <input type="checkbox"/> épilepsie <input type="checkbox"/> pyramidaux <input type="checkbox"/> extrapyramidaux <input type="checkbox"/> autre :</p>	<p><u>Trouble de la reproduction :</u></p> <p><input type="checkbox"/> infertilité <input type="checkbox"/> insuffisance ovarienne prématurée <input type="checkbox"/> aménorrhée primaire <input type="checkbox"/> aménorrhée secondaire <input type="checkbox"/> fausse couche à répétition <input type="checkbox"/> autre :</p>
<p><u>Malformations/particularités morpho :</u></p> <p><input type="checkbox"/> préciser : <input type="checkbox"/> pas de signe</p>	<p><u>Différence de développement sexuel</u></p> <p><input type="checkbox"/> préciser :</p>	<p><u>Autres symptômes, gènes suspectés :</u></p>

DOCUMENTS A JOINDRE OBLIGATOIREMENT

- Le consentement signé du patient ou ses représentants légaux si mineur.e.
- L'attestation de consultation.
- Un compte-rendu médical détaillé incluant l'histoire de la maladie, l'examen clinique et les résultats d'examens préalables.