



LABORATOIRE CORRESPONDANT.....

Adresse..... Tél..... Fax.....

MÉDECIN PRESCRIPTEUR

Adresse..... Tél..... Fax.....

IDENTITÉ DU PATIENT

Nom..... Nom de jeune fille

Prénom..... Date de naissance Sexe Masculin Féminin

Adresse.....

Tél..... Profession

Numéro de Sécurité Sociale...../..... Nom et adresse de la caisse

Mutuelle : (Nom et adresse exacte).....

JOINDRE TOUTES ATTESTATIONS DE CAISSES, MUTUELLES, CMU, ET ACCORDS DE PRISE EN CHARGE A 100%

PRÉLÈVEMENT

Date Sang veineux Autre.....

INDICATION

Ces indications sont précieuses pour le cytogénéticien et lui permettent d'orienter son choix technique.
Si possible, joindre une lettre détaillée de la part du médecin.

CHEZ LE NOUVEAU-NÉ

- Petit poids de naissance Hypotonie Syndrome dysmorphique.....
 Ambiguïté sexuelle Syndrome malformatif

CHEZ L'ENFANT

- Retard staturo-pondéral Retard psychomoteur : retard des acquisitions motrices, retard de langage
 Syndrome dysmorphique et/ou malformatif

CHEZ L'ADOLESCENT

- Filles : retard pubertaire Garçon : gynécomastie Retard intellectuel

CHEZ L'ADULTE

- Grossesse en cours : non oui date de DG :

- Fausses couches à répétition : nombre Stérilité ou hypofécondité
 Hypofécondité avec anomalies du spermogramme chez l'homme pré FIV pré ICSI aménorrhée primaire ou secondaire
 Antécédents familiaux d'anomalies chromosomiques.....

ANALYSES COMPLÉMENTAIRES DEMANDÉES

- Hybridation interphasique (FISH RAPIDE) pour les anomalies de nombre des chromosomes 21, 18, 13 X ou Y.
 Dans le cadre d'un syndrome de l'X fragile
 Dans le cadre d'un syndrome microdélétionnel (à préciser).....
 Autre

FACTURATION :

60 %
40 %
100 %

RESULTAT SOUHAITE POUR LE :

ex: prochaine date RdV avec médecin prescripteur

.....
.....
.....