biomnis
BIOLOGIE MÉDICALE SPÉCIALISÉE

Cytogénétique et génétique moléculaire

Dpt de Cytogénétique de Paris
37 rue Boulard
75014 Paris
Tél **01 44 12 59 08 / 14** - fax **01 44 12 59 17**
E-mail : cytogenetique.paris@biomnis.com

Dpt de Génétique moléculaire d'Ivry
78 avenue de Verdun
94200 Ivry-sur-Seine
Tél **01 49 59 16 16** - fax **01 49 59 17 98**
E-mail : secretariatmedical.paris@biomnis.com

Dpt de Cytogénétique de Lyon
17/19 avenue Tony Garnier
BP 7322 - 69357 Lyon cedex 07
Tél **04 72 80 10 07** - fax **04 72 80 10 08**
E-mail : cytogenetique.lyon@biomnis.com

Dpt de Génétique moléculaire de Lyon
17/19 avenue Tony Garnier
BP 7322 - 69357 Lyon cedex 07
Tél **04 72 80 10 07** - fax **04 72 80 10 08**
E-mail : genetique.lyon@biomnis.com

MEDECIN PRESCRIPTEUR

Nom : .....
Prénom : .....
Adresse : .....
.....
CP : ⌊_⌊_⌊_⌊_⌊_⌋ Ville : .....
Tél : ..... Fax : .....

Cachet du prescripteur

ATTESTATION DE CONSULTATION

Je certifie avoir apporté à ..... les informations définies selon l'article R.1131-4 du code de santé publique et avoir recueilli le consentement éclairé de mon (ma) patient(e) dans les conditions prévues à l'article R.1131-5.
Fait à ..... le .....

Signature du médecin

PATIENT(E)

Nom : ..... Sexe : ☐ F ☐ M
Prénom : ..... Date de naissance* ⌊_⌊_⌋ ⌊_⌊_⌋ ⌊_⌊_⌋
Adresse : .....
CP : ⌊_⌊_⌊_⌊_⌊_⌋ Ville : .....

** Si le (la) patient(e) est mineur(e), le consentement doit être donné par les parents.*

LABORATOIRE D'ANALYSES MÉDICALES

N° de correspondant
.....

Date de prélèvement
⌊_⌊_⌋ ⌊_⌊_⌋ ⌊_⌊_⌋
Prélèvement sur sang total EDTA pour la biologie moléculaire et sang total HEPARINE pour le caryotype

Cachet du laboratoire ou étiquette code barre

Facturation
☐ Laboratoire
☐ Patient* *(* Si facturation patient, veuillez nous préciser ci-dessus l'adresse du patient).*
☐ Prise en charge** *(**joindre impérativement l'ordonnance ainsi que la copie de l'attestation S.S.).*
Organisme payeur : .....
Régime : ⌊_⌊_⌋
Département : ⌊_⌊_⌋ Centre : ⌊_⌊_⌊_⌋
N° de S.S. : ⌊_⌊_⌊_⌊_⌊_⌊_⌊_⌊_⌊_⌊_⌊_⌊_⌊_⌋

NATURE DU PRÉLÈVEMENT

Appeler impérativement le secrétariat pour connaitre les modalités de prélèvement.

Cytogénétique ☐ sang Hépariné ☐ biopsie
Génétique ☐ sang EDTA

DEMANDE D'ANALYSE DE CYTOGÉNÉTIQUE

☐ Caryotype standard

INDICATIONS : *A préciser impérativement*

☐ 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*
☐ Autre - préciser : .....

☐ Caryotype moléculaire (Puces à ADN - CGH array)
☐ Recherche de Microremaniement chez l'enfant : caryotype Haute Résolution
☐ Recherche de Microdélétion par hybridation *in situ* (FISH) - préciser : .....

DEMANDE D'ANALYSE DE GÉNÉTIQUE MOLÉCULAIRE

INDICATIONS : *A préciser impérativement*

☐ Achondroplasie
☐ Alpha 1- antitrypsine (variants S et Z)
☐ Angelman (syndrome d')
☐ Drépanocytose
☐ Facteur II (mutation g.20210G>A)
☐ Facteur V Leiden (mutation p.Arg506Glu)
☐ Fièvre méditerranéenne Familiale (FMF) ou maladie périodique (recherche de 12 mutations)
☐ Hémochromatose : mutation p.Cys282Tyr (C282Y)
☐ Hémochromatose : mutation p.His63Asp (H63D)
☐ Hémochromatose : mutation p.Ser65Cys (S65C)
☐ HLA classe I (loci A, B)
☐ HLA classe II (loci DQ, DR)
☐ HLA-B27
☐ Locus SRY
☐ Microdélétions du chromosome Y
☐ MTHFR (Méthylène tétrahydrofolate réductase variant thermolabile, mutation c.677C>T)
☐ Mucoviscidose (CFTR, recherche de 36 mutations les plus fréquentes)
☐ Prader-Willi (syndrome de)
☐ SRY
☐ Steinert (dystrophie myotonique de type I)
☐ X fragile (syndrome de l')
☐ Autres : à préciser .....
.....

Imprimer le formulaire