

Renseignements cliniques pour la prescription des analyses de génétique Constitutionnelle*

Nom :

Nom de jeune fille :

Prénom :

Date de Naissance :

Analyse :

Identité préleveur :

Date du prélèvement : Heure du prélèvement :

Nature du prélèvement Sang Sang fœtal Villosités choriales Liquide Amniotique
 Autre (précisez) :

ANTERIORITES

- Patient connu du service
- Famille connue du service (précisez)
- Nom du cas index :
- Lien de parenté :
- Inconnu

Si grossesse, terme (SA) :

RENSEIGNEMENTS CLINIQUES OBLIGATOIRE

Prescripteur : Signature :

Service - Adresse :

*** Rappel :**

Tous les prélèvements pour examens des caractéristiques génétique doivent impérativement être accompagnés :

- De l'attestation de recueil du consentement éclairé (cf. CSP : Art. R. 145-15-5)
- Des renseignements cliniques
- Du bon de demande d'examen ou prescription médicale signé par le prescripteur.