



HOPITAUX UNIVERSITAIRES LA PITIE SALPETRIERE-CHARLES FOIX

47/83 Bd de l'Hôpital – 75651 PARIS Cedex 13

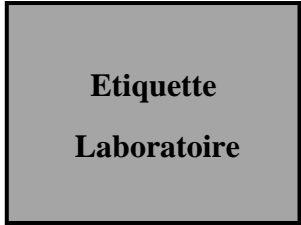
Centre de Génétique Moléculaire et Chromosomique, bâtiment Pharmacie

Département de Génétique - UF de Génomique du Développement

Dr B. KEREN - Dr C. NAVA

Bâtiment Pharmacie, 2 Rue de l'infirmerie générale, 3eme étage

Tél. : 01 42 17 78 92 - 01 42 17 78 87 / Fax : 01 42 17 76 00 Site Internet : [www.cgmc-psl.fr](http://www.cgmc-psl.fr)



**DIAGNOSTIC PRENATAL CIBLE PAR GENETIQUE MOLECULAIRE**

<b>Etiquette ORBIS Patient</b> Nom : ..... Prénom : ..... Date de Naissance : ..... Sexe : M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	Il s'agit du : <input type="checkbox"/> fœtus <input type="checkbox"/> Parent	<b>Etiquette UF (origine prescription)</b>	<b>PRESCRIPTEUR :</b> Nom : ..... APH : ..... Tel: .....	<b>PRELEVEUR :</b> Nom : ..... Date : ..... Heure : ..... Tel : .....
--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------

<input type="checkbox"/> FOETUS	CONDITIONS DE PRELEVEMENT
<input type="checkbox"/> <b>famille/Cas Index connu</b> (NOM et PRENOM) : ..... <input type="checkbox"/> <b>gène recherché</b> : ..... <input type="checkbox"/> signes associés : ..... <input type="checkbox"/> terme de la grossesse ou SA : .....	<p>Un diagnostic prénatal se fait en trio, joindre une demande diagnostic moléculaire en prenatal et 2 tubes de sang EDTA pour chacun des parents du fœtus.</p> <p>POUR LE FOETUS :</p> <input type="checkbox"/> <b><u>1 tube de 15 ml de liquide amniotique</u></b>
<input type="checkbox"/> <b>PARENT</b> <input type="checkbox"/> Accompagné du prélèvement du fœtus. <input type="checkbox"/> Non accompagné du prélèvement du fœtus, indiquer pour les prélèvements à venir : -nom et prénom du/des parent(s) : ..... -date prévu du prélèvement : ..... -provenance / nom du centre: ..... -tel du service : ..... -mail : ..... -nom du contact : .....	<p>POUR LES PARENTS :</p> <p><b>2 tubes de sang EDTA (2 tubes bouchon violet)</b> doivent être acheminés au laboratoire le jour du prélèvement et conservés à température ambiante en attendant.</p> <p><b>En cas de non-respect des conditions prérequis du prélèvement, l'examen ne pourra être effectué.</b></p>

**ATTESTATION DE CONSEIL GÉNÉTIQUE ET DE RECUEIL DE CONSENTEMENT**

Je soussigné, Dr....., certifie que, conformément au Code Civil (Art. 16-10) et au Code de la Santé Publique (Art. L1131-1, R145-15-4), je suis en possession du consentement éclairé signé par le sujet dans le cadre de l'examen des caractéristiques génétiques d'une personne pour les analyses demandées ci-dessus.

Date:..... Signature et cachet du médecin : .....

**JOINDRE OBLIGATOIREMENT LE CONSENTEMENT DU PATIENT SIGNE**

**SI POSSIBLE JOINDRE COMPTE RENDU D'IMAGERIE**