

### Cytogénétique constitutionnelle Paris

37, rue Boulard  
75014 Paris

#### Secrétariat

Tél : 01 44 12 59 14 • Fax : 01 44 12 59 17  
SecretariatCytogenetique@eurofins-biomnis.com

### Génétique moléculaire Lyon

17/19, avenue Tony Garnier  
BP 7322 • 69357 Lyon cedex 07

#### Secrétariat

Tél : 04 72 80 25 78 • Fax : 04 72 80 25 79  
SecretariatGenetique@eurofins-biomnis.com

### Département des maladies infectieuses

17/19, avenue Tony Garnier  
BP 7322 • 69357 Lyon cedex 07

#### Secrétariat

Tél : 04 72 80 73 99 • Fax : 04 72 80 47 78  
SecretariatInfectiologie@eurofins-biomnis.com

### MÉDECIN PRÉLEVEUR

N° de correspondant : .....  
 Nom : .....  
 Prénom : .....  
 Adresse : .....  
 CP : [ ][ ][ ][ ][ ] Ville : .....  
 Tél. : [ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ]  
 Fax : [ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ]

### PRESCRIPTEUR

Nom : .....  
 Prénom : .....  
 Adresse : .....  
 CP : [ ][ ][ ][ ][ ] Ville : .....  
 Tél. : [ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ]  
 Fax : [ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ]

Y a-t-il un autre prescripteur à informer du résultat ?  OUI  NON

Préciser l'identité et l'adresse complète : .....

.....

### PATIENTE

Nom : .....  
 Nom de naissance : .....  
 Prénom : .....  
 Adresse : .....  
 CP : [ ][ ][ ][ ][ ] Ville : .....  
 Tél. : [ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ]

Date de naissance : [ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ]  
 Date de grossesse : [ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ]  
 Nom du conjoint : .....  
 Prénom du conjoint : .....  
 Date de naissance du conjoint : [ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ]

**ANTÉCÉDENTS DE MALADIES GÉNÉTIQUES / REMARQUES**

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

### FACTURATION

Hôpital  
 Prise en charge\*\* (\*\*joindre impérativement l'ordonnance, la Demande d'Entente Préalable ainsi que la copie de l'attestation S.S.).  
 Organisme payeur : ..... Régime : [ ][ ][ ] Département : [ ][ ][ ][ ][ ]  
 Centre : [ ][ ][ ][ ][ ] N° de S.S. : [ ]  
 Patient\* (\* Si facturation patient, veuillez nous préciser ci-dessus l'adresse du patient).

• **Date de prélèvement :**

Semaines d'Aménorrhée :

• **Nature de prélèvement**

Liquide amniotique (CLA ou NR)

Villosités choriales (CVCC)

**Tube 1** ▶ Volume : ..... ml

▶ Aspect :  clair  brun  hémorragique

Produit de fausse-couche (CBI)

Sang fœtal (CSF)

**Tube 2** ▶ Volume : ..... ml

▶ Aspect :  clair  brun  hémorragique

Si grossesse gémellaire, nombre de fœtus prélevés : .....

**ANALYSES DEMANDÉES**

CARYOTYPE FŒTAL

CARYOTYPE MOLÉCULAIRE SNP ARRAY (SNPRE)

*Pour toute demande d'analyse, joindre obligatoirement 5 ml de sang maternel et 5 ml de sang paternel sur EDTA.*

Risque de trisomie 21 par les MSM supérieur ou égal à 1/50 - *Joindre obligatoirement le compte-rendu*

DPNI positif - *Joindre obligatoirement le compte-rendu du DPNI-ADNc*

Signes d'appel échographique - *Joindre obligatoirement le compte-rendu échographique*

Anomalies chromosomiques parentales - *Joindre obligatoirement le compte-rendu*

ATCD pour le couple de grossesses avec caryotype anormal - *Joindre obligatoirement le compte-rendu*

Âge maternel > 38 ans [sans dépistage de la trisomie 21 (MSM ou DPNI-ADNc)] après 18 SA

Convenance personnelle (NR)\* : .....

Autre (NR)\* : .....

**HYBRIDATION IN SITU (FISH)**

• **Diagnostic rapide sur noyaux non cultivés :**  Chromosome 21 (NC21)  Chromosomes 13, 18, 21, X, Y (NCKIT)

• **Recherche de microdélétion - à préciser :** .....

*Pour toute demande complémentaire au caryotype fœtal il est souhaitable de prélever un 3<sup>e</sup> tube selon le terme de la grossesse.*

**BIOCHIMIE FŒTALE**

Alpha Fœtoprotéine (αFP) (AFPLA)

Acétylcholinestérase (AChE) (ACOLA)

Enzymes digestives

Autres : .....

**BILAN D'INFECTION FŒTALE**

• **Indication :**

Signes échographiques :  OUI  NON Si oui, lesquels : .....

Séroconversion :  OUI  NON Si oui, date de la grossesse au moment de la séroconversion :

• **Agents pathogènes recherchés :**

Cytomégalovirus (CMVLA)

Parvovirus B19 (PARLA)

Toxoplasmose (TOXLA)

HSV1/HSV2 (HSVLA)

Rubéole (RUBLA)

Varicelle Zona (VZVLA)

Autres : .....

Zika (ZIKLA) ▶ Séjour en zone d'endémie :  OUI  NON Si oui, date de retour :

▶ Conjoint présentant un prélèvement positif pour Zika :  OUI  NON

*Joindre impérativement les sérologies maternelles et la date de séroconversion ainsi que le dernier compte rendu d'échographie.*

**GÉNÉTIQUE MOLÉCULAIRE**

*Pour toute demande d'analyse, joindre obligatoirement 5 ml de sang maternel et 5 ml de sang paternel sur EDTA*

Disomies uniparentales (DUPRE)  
*préciser chromosomes 7, 14, 15 : .....*

Mucoviscidose (CFTR, génotypage complet par séquençage nouvelle génération (NGS)) (MUCON)\*

Mono/dizygotie (jumeaux) (ZYGO)

Prader-Willi (syndrome de) (SNRPL)

Mucoviscidose (CFTR, recherche des mutations les plus fréquentes - prénatal (MUCOL) (bon spécifique disponible sur le référentiel en ligne de [www.eurofins-biomnis.com](http://www.eurofins-biomnis.com)))

Sanger : *nous contacter (9220P)*

X fragile (XFRAP)

Autres : .....

\*Analyse Non Remboursée

**Documents à joindre**

- Ordonnance spécifiant toutes les analyses demandées
- Attestation de carte vitale si tiers payant et acceptation de paiement si NR
- Information et consentement prénatal inclus dans le carnet B3 (réf. D31)
- Entente Préalable remplie par le médecin préleveur