

NATURE DE PRÉLÈVEMENT

- 5 ml de sang total sur EDTA à T° ambiante (réfrigérer l'échantillon si transport > 48H) **et/ou** un tube d'ADN déjà extrait à T° ambiante (volume minimum 50µL et quantité minimum 1µg)

BILAN CLINICO-BIOLOGIQUE

Renseignements cliniques

Age ans Poids kg

Taille cm

Volume testiculaire : ml

Infertilité primaire/secondaire,

Précisez la durée :

Cryptorchidie bilatérale OUI NON

Épididymite (*uni ou bilatéral*) OUI NON

Torsion aiguë du testicule OUI NON

Traumatisme testiculaire OUI NON

Orchite OUI NON

Chimioradiothérapie OUI NON

Expositions toxiques OUI NON

Maladies de système OUI NON

Insuffisance rénale OUI NON

Canaux déférents non perçus OUI NON

Précisez :

Anomalie de l'épididyme (absence, dilatation) OUI NON

Retard pubertaire, hypogonadisme OUI NON

Échographie Scrotale/endorectale OUI NON

si oui, joindre CR

Anomalies des organes génitaux externes

OUI NON

Anomalies morphotype

OUI NON

Pilosité anormale

OUI NON

Gynécomastie

OUI NON

Examen biologiques

Spermogramme

Volume pH.....

Nb de spz Nb de cellules rondes

Bilan hormonal

FSH :

LH :

Testostérone : totale

Inhibine B :

Marqueurs plasma séminal :

Alpha-glucosidase :

L-carnitine :

Fructose

Acide Citrique

Phosphatase acide

TESTS DE GENETIQUE DEJA PRATIQUES

Caryotype réalisé

OUI NON

Résultat anormal (*précisez*) : *Joindre le compte rendu*

Recherche des microdélétions des régions AZF

OUI NON

Résultat anormal (*précisez*) : *Joindre le compte rendu*

Recherche des mutations du gène CFTR

OUI NON

Résultat anormal (*précisez*) : *Joindre le compte rendu*

Analyse chromosomique sur puce à ADN (ACPA) / CGH array

OUI NON

Résultat anormal (*précisez*) : *Joindre le compte rendu*

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.*)

Liste des documents à joindre à la demande

- Consentement et attestation de conseil génétique signés
- Spermogramme (2 de préférence)
- Bilan hormonal
- Compte rendu des analyses génétiques réalisées
- Copie de la fiche du compte rendu d'anatomopathologie, si une biopsie testiculaire / épидидymaire a été réalisée
- Compte rendu de la chirurgie (Urologue)