

### IDENTIFICATION DU PATIENT

Nom :	Prénom :	ETIQUETTE PATIENT (espace réservé au laboratoire)
Date de naissance :	Sexe : <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	
Adresse complète Rue : Code postal : Ville :		ETIQUETTE PATIENT (espace réservé au laboratoire)
N° Mutuelle :		
N° Matricule :		
Titulaire :		

### MEDECIN PRESCRIPTEUR

Nom :	Copie à :
N° INAMI :	
Adresse :	
Téléphone :	Date et signature :

### PRELEVEMENT (indiquer clairement le nom, prénom et date de naissance du patient sur tous les tubes)

**Date et heure de prélèvement :** ..... **Date et heure de réception :** .....

Type de prélèvement	Conservation	Délai de transmission	Remarque
<b>PRENATAL</b>			
<input type="checkbox"/> Liquide amniotique (3 tubes stériles de 10ml)	T° ambiante	Idéalement le jour même - Max 24h	
<input type="checkbox"/> Sang <u>foetal</u> ( 2ml sur tube Hépariné sans gel + 2ml sur tube EDTA) <b>E H</b>	T° ambiante	Idéalement le jour même - Max 24h	+ Sang des parents sur tube EDTA indispensable
<input type="checkbox"/> Trophoblastes (Sec / sur milieu de culture)*	T° ambiante	Le jour même	<b>E</b>
<input type="checkbox"/> Curetage (sur milieu de culture)*	T° ambiante/4°C	Idéalement le jour même - Max 24h	
<input type="checkbox"/> Produit d'expulsion (sur milieu de culture)	T° ambiante/4°C	Idéalement le jour même - Max 24h	
<input type="checkbox"/> Placenta (sur milieu de culture)	T° ambiante	Idéalement le jour même - Max 24h	
<input type="checkbox"/> Placenta RCIU (sur milieu de culture)	T° ambiante	Idéalement le jour même - Max 24h	Sexe foetal : .....

### (PRE)CONCEPTIONNEL

<input type="checkbox"/> Sang sur tube Hépariné sans gel (5ml) <b>H</b>	T° ambiante	Max 48h	
<input type="checkbox"/> Sang sur tube EDTA (5ml) <b>E</b>	4°C	Max 48h	
<input type="checkbox"/> Autre : ..... (Contactez le labo si nécessaire)	*Contact préalable avec le laboratoire obligatoire		

### RENSEIGNEMENTS CLINIQUES OBLIGATOIRES - PARTIE I.

Date dernières règles : ...../...../.....	Age gestationnel D.R. : .....semaines	Terme D.R. : ...../...../.....
G.....P.....FC.....	Age gestationnel U.S. : .....semaines	Terme U.S. : ...../...../.....
Sexe foetal (si connu) : .....		

Les laboratoires du Service de Génétique Humaine sont ouverts et fonctionnels du lundi au vendredi de 8 à 16h30, merci d'en tenir compte pour l'acheminement des échantillons.

### CONTACTS

[dispa.genetique@chu.ulg.ac.be](mailto:dispa.genetique@chu.ulg.ac.be)

**Biochimie Génétique**  
Dr Phar.Biol. F. BOEMER /  
Dr Sc.M. DEBERG /  
Secrétariat : 04.366.76.95

**Génétique Moléculaire Humaine**  
Dr V. DIDEBERG / Dr Sc. C. LIBIOLLE / Dr Sc. E. CASTERMANS /  
Dr Sc. JH.CABERG / Dr Sc. M. HANNON  
Secrétariat : 04/366.24.78

**Cytogénétique**  
Dr M.JAMAR / Dr W. COURTENS /  
Dr Sc. JS. GATOT / Dr Sc. C. MENTEN / Dr Sc.M. DEBERG  
Secrétariat : 04.366.25.61

**Génétique clinique :**  
Dr S. BULK  
Secrétariat : 04.366.71.24

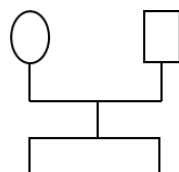
# RENSEIGNEMENTS CLINIQUES OBLIGATOIRES - PARTIE II.

INDICATIONS à effectuer les analyses demandées ci-dessous :

ARBRE GENEALOGIQUE

Antécédents familiaux :

Nom du cas index : ..... Référence : .....



- : Atteint
- : Sain
- : Conducteur
- : Patient à investiguer

**PRENATAL** **E** + **H**

**(PRE)CONCEPTIONNEL** **E** + **H**

**CYTOGENETIQUE**

- Recherche rapide d'aneuploidie (13,18,21,XY)
- Caryotype standard / Array-CGH
- STOCKAGE ADN (sur prélèvement prénatal)
- Autre : .....(contacter le laboratoire)

**Un prélèvement maternel et paternel (5 ml de sang sur EDTA) est indispensable pour toute étude prénatale** **E**

- Stockage ADN sur prélèvement maternel
- Sang paternel cas index d'un prélèvement prenatal  
Nom et Prénom de la mère : .....  
Nom et Prénom du père : .....

**CYTOGENETIQUE**

- Caryotype standard
- Indications cliniques (à remplir obligatoirement, art.33) :**
  - Suspicion/ Exclusion de syndrome chromosomique : .....
  - Fausses couches à répétition ; nombre de FC : .....
  - Anomalie du spermogramme
  - Bilan avant P.M.A.
  - Don de gamètes
  - Suspicion d'anomalie chromosomique chez un fœtus\*
  - Anomalie chromosomique familiale\*
  - Anomalie chromosomique dépistée par cytogénétique moléculaire #
  - Suspicion de mosaïcisme
- Autre : ..... (contacter le laboratoire)

**BIOLOGIE MOLECULAIRE**

- ACHONDROPLASIE**
  - Suspicion échographique
  - Apparenté atteint (préciser le lien de parenté) : .....
- AMYOTROPHIE SPINALE**
  - Suspicion échographique
  - Apparenté atteint (préciser le lien de parenté) : .....
- HYPOCHONDROPLASIE**
  - Suspicion échographique
  - Apparenté atteint (préciser le lien de parenté) : .....
- HEMOGLOBINOPATHIES**  Drépanocytose  Béta-thalassémie
  - Parents conducteurs (réf. et/ou nom des parents indispensable)  
Mutation(s) identifiée(s) chez les parents : .....
  - Autre indication : Contacter le laboratoire
- MUCOVISCIDOSE**
  - Parents conducteurs (réf. et/ou nom des parents indispensable)  
Mutation(s) identifiée(s) chez les parents : .....
  - Hyperechogénicité intestinale
  - Autre indication : Contacter le laboratoire
- XFRAGILE**
  - Mère mutée/prémulée
  - Autre indication : Contacter le laboratoire

**BIOLOGIE MOLECULAIRE** **E**

- HEMOGLOBINOPATHIES**  
Electrophorèse réalisée ?  Oui  Non      Résultat : .....
- Drépanocytose  Béta-thalassémie
- Etude familiale (préciser mutation(s) si identifiée(s))
- Conjoint porteur (préciser mutation(s) si identifiée(s))
- MUCOVISCIDOSE**
  - Conducteurs / atteints dans la famille  
Nom de l'apparenté/degré de parenté : .....
  - Mutation(s) identifiée(s) : .....
  - Don de gametes  CBAVD
  - FIV (hommes)  Infertilité masculine
  - Couple en DPI  Consanguinité chez les parents
- MICRODELETION DU CHROMOSOME Y / REGION AZF**
  - OAT  Azoospermie  TESE/ICSI
- XFRAGILE**
  - Etude familiale - Apparenté ayant :
    - Mutation ou prémutation  RM lié à l'X inexpliqué
    - Syndrome FXTAS  Ménopause précoce
  - ID de l'apparenté : .....
  - Lien de parenté : .....
  - Don d'ovule
  - Ménopause précoce
  - Bilan avant P.M.A. (femme)
- AMYOTROPHIE SPINALE**

**BIOCHIMIE GENETIQUE**

- Dosage Alpha-foetoprotéine (AFP)
- Electrophorèse Acétylcholinestérase (AChE)

**Légende**

- E** EDTA (2X5ml / nouveau né :2ml)      \* Référence du proband obligatoire
- H** Hépariné (5ml / nouveau né : 2ml)      # Référence du résultat préalable obligatoire

**CONTACTS**      [dispa.genetique@chu.ulg.ac.be](mailto:dispa.genetique@chu.ulg.ac.be)

**Biochimie Génétique**  
Dr Phar.Biol. F. BOEMER /  
Dr Sc.M. DEBERG /  
Secrétariat : 04.366.76.95

**Génétique Moléculaire Humaine**  
Dr V. DIDEBERG / Dr Sc. C. LIBIOULLE / Dr Sc. E. CASTERMANS /  
Dr Sc. JH.CABERG / Dr Sc. M. HANNON  
Secrétariat : 04/366.24.78

**Cytogénétique**  
Dr M.JAMAR / Dr W. COURTENS /  
Dr Sc. JS. GATOT / Dr Sc. C. MENTEN / Dr Sc.M. DEBERG  
Secrétariat : 04.366.25.61

**Génétique clinique :**  
Dr S. BULK  
Secrétariat : 04.366.71.24