

Fiche de Prescription Médicale
**CYTOGENETIQUE
CONSTITUTIONNELLE POST NATAL**

PATIENT	MEDECIN PRESCRIPTEUR												
Nom : Prénom : Né (e) le : Sexe : F ☐ M ☐ Date du prélèvement : 	Nom : Cachet Obligatoire Tél :												
RENSEIGNEMENT SUR L'APPARENTE													
<table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 10%;">Conjoint :</td> <td style="width: 50%;">Nom et Prénom :</td> <td style="width: 10%;">Né (e) le :</td> <td style="width: 30%;"> </td> </tr> <tr> <td>Père :</td> <td>Nom et Prénom :</td> <td>Né le :</td> <td> </td> </tr> <tr> <td>Mère :</td> <td>Nom et Prénom :</td> <td>Née le :</td> <td> </td> </tr> </table>		Conjoint :	Nom et Prénom :	Né (e) le :	 	Père :	Nom et Prénom :	Né le :	 	Mère :	Nom et Prénom :	Née le :	
Conjoint :	Nom et Prénom :	Né (e) le :	 										
Père :	Nom et Prénom :	Né le :	 										
Mère :	Nom et Prénom :	Née le :	 										
TYPE DE PRELEVEMENT													
Sang total : 1 tube héparinate de lithium (à bouchon vert) prélevé stérilement (culture cellulaire).													
INDICATION													
<i>(Cocher la ou les cases correspondantes)</i>													
Retard mental / Malformations <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td>☐ Retard mental</td> <td>☐ Obésité avec retard mental</td> </tr> <tr> <td>☐ Retard psychomoteur</td> <td>☐ Troubles du comportement</td> </tr> <tr> <td>☐ Suspicion de la trisomie 21</td> <td>☐ Dysmorphie faciale +/- Retard mental.</td> </tr> <tr> <td colspan="2">☐ Malformations congénitales. Préciser</td> </tr> <tr> <td colspan="2">☐ Autres. Préciser.....</td> </tr> </table>		☐ Retard mental	☐ Obésité avec retard mental	☐ Retard psychomoteur	☐ Troubles du comportement	☐ Suspicion de la trisomie 21	☐ Dysmorphie faciale +/- Retard mental.	☐ Malformations congénitales. Préciser		☐ Autres. Préciser.....			
☐ Retard mental	☐ Obésité avec retard mental												
☐ Retard psychomoteur	☐ Troubles du comportement												
☐ Suspicion de la trisomie 21	☐ Dysmorphie faciale +/- Retard mental.												
☐ Malformations congénitales. Préciser													
☐ Autres. Préciser.....													
Suspicion d'anomalies gonosomiques <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td>☐ Suspicion du syndrome de Klinefelter.</td> <td>☐ Suspicion du syndrome de Turner.</td> </tr> <tr> <td>☐ Hypospadias.</td> <td>☐ Retard statural / Retard de croissance.</td> </tr> <tr> <td>☐ Micropenis.</td> <td>☐ Retard pubertaire.</td> </tr> <tr> <td>☐ Ambiguïté sexuelle / Malformations génitales.</td> <td>☐ Aménorrhée primaire.</td> </tr> <tr> <td>☐ Ménopause précoce / insuffisance ovarienne précoce.</td> <td>☐ Aménorrhée secondaire.</td> </tr> </table>		☐ Suspicion du syndrome de Klinefelter.	☐ Suspicion du syndrome de Turner.	☐ Hypospadias.	☐ Retard statural / Retard de croissance.	☐ Micropenis.	☐ Retard pubertaire.	☐ Ambiguïté sexuelle / Malformations génitales.	☐ Aménorrhée primaire.	☐ Ménopause précoce / insuffisance ovarienne précoce.	☐ Aménorrhée secondaire.		
☐ Suspicion du syndrome de Klinefelter.	☐ Suspicion du syndrome de Turner.												
☐ Hypospadias.	☐ Retard statural / Retard de croissance.												
☐ Micropenis.	☐ Retard pubertaire.												
☐ Ambiguïté sexuelle / Malformations génitales.	☐ Aménorrhée primaire.												
☐ Ménopause précoce / insuffisance ovarienne précoce.	☐ Aménorrhée secondaire.												
Troubles de la reproduction <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td>☐ Azoospermie</td> <td>☐ Oligozoospermie</td> <td>☐ Oligo-asthéo-tératospermie OATS</td> </tr> <tr> <td>☐ Bilan pré-FIV/pré-ICSI</td> <td>☐ Stérilité non étiquetée</td> <td></td> </tr> <tr> <td colspan="3">☐ Fausses couches spontanées à répétition (nombre) :</td> </tr> </table>		☐ Azoospermie	☐ Oligozoospermie	☐ Oligo-asthéo-tératospermie OATS	☐ Bilan pré-FIV/pré-ICSI	☐ Stérilité non étiquetée		☐ Fausses couches spontanées à répétition (nombre) :					
☐ Azoospermie	☐ Oligozoospermie	☐ Oligo-asthéo-tératospermie OATS											
☐ Bilan pré-FIV/pré-ICSI	☐ Stérilité non étiquetée												
☐ Fausses couches spontanées à répétition (nombre) :													
☐ Enquête familiale anomalie chromosomique (joindre résultat du cas index ou coordonnées du laboratoire ayant réalisé le caryotype)													

Procédure de prélèvement au dos →

PROCÉDURE À RESPECTER POUR LE PRÉLÈVEMENT D'UN CARYOTYPE POSTNATAL / CONSTITUTIONNEL / SANGUIN

PRELEVEMENT

- 4 ml de sang total. Ne pas centrifuger. Ne pas congeler
- Prélever sur tube stérile hépariné de lithium ou sodium
- Ne pas prélever au cours d'un traitement médicamenteux (Antibiothérapie, corticothérapie, traitement anti - inflammatoire...)
- Conservation à température ambiante
- Les prélèvements peuvent être effectués du lundi au samedi et doivent nous parvenir le plus rapidement possible

ADMINISTRATIF

Joindre au prélèvement :

- 1) La fiche de renseignements cliniques pour le caryotype conventionnel dûment complétée.
- 2) La prescription médicale.
- 3) Le bon de commande pour les patient (e)s hospitalisés.

EN CAS DE PRISE EN CHARGE

La PRISE EN CHARGE ne sera effectuée que si les pièces suivantes sont jointes :

- l'original de la prescription médicale
- la photocopie de la carte de sécurité sociale

Contact :

Pr. O. Askander OASKANDER@cm6.ma