



**FORMULAIRE DE DEMANDE
ANALYSES GENETIQUES PRENATALES**

tél. +32-16-345903 - fax +32-16-346060 - Email: stalenreceptieCME@uzleuven.be

Website: <http://www.uzleuven.be/nl/centrum-menselijke-erfelijkheid/centrum-menselijke-erfelijkheid>

17-06-2013

Nr. 3014

Demande MERE

UNITE: _____ CHAMBRE/LIT: _____ / _____

IDENTIFICATION EAD-/HOS-nr. _____

Nom: _____ Prénom: _____

Adresse: _____

Date de naissance: _____ Sexe:

ORGANISME ASSUREUR KG1/KG2: _____ / _____

N° _____ Parenté

Matricule: _____

Si le patient est hospitalisé ailleurs, institution: _____

N° d'identification: _____ Service: _____

Demande PERE

UNITE: _____ CHAMBRE/LIT: _____ / _____

IDENTIFICATION EAD-/HOS-nr. _____

Nom: _____ Prénom: _____

Adresse: _____

Date de naissance: _____ Sexe:

ORGANISME ASSUREUR KG1/KG2: _____ / _____

N° _____ Parenté

Matricule: _____

Si le patient est hospitalisé ailleurs, institution: _____

N° d'identification: _____ Service: _____

Mère - ADN 388

Père - ADN 389

Pour une analyse prénatale, un échantillon de sang sur EDTA est exigé de chaque parent.

LEGENDE: sang sur tube EDTA (10ml)

Demande FOETUS

échantillon prénatal

INDICATION CLINIQUE

_____ sem.

liquide amniotique

villosités choriales

sang foetal

biopsie foetale

Age de la mère spécifier l'âge: _____	3451 <input type="checkbox"/>	3456 <input type="checkbox"/>	3461 <input type="checkbox"/>	spécifier type biopsie: _____ _____ _____
Risque élevé de trisomie T21=1/..... T18=1/..... T13=1/.....	3452 <input type="checkbox"/>	3457 <input type="checkbox"/>	3462 <input type="checkbox"/>	
Anomalie chromosomique chez membre de famille spécifier: _____	3453 <input type="checkbox"/>	3458 <input type="checkbox"/>	3463 <input type="checkbox"/>	
Anomalie échographique SEULEMENT APRES AVOIR COMPLETE LA LISTE D'INDICATION CLINIQUE AU REVERS	3454 <input type="checkbox"/>	3459 <input type="checkbox"/>	3464 <input type="checkbox"/>	
Analyse de mutation spécifique spécifier: _____	395 <input type="checkbox"/>	373 <input type="checkbox"/>	3465 <input type="checkbox"/>	
Autre: spécifier: _____	3455 <input type="checkbox"/>	3460 <input type="checkbox"/>	3466 <input type="checkbox"/>	

Médecins en copie

Gynécologue: _____

Médecin de famille: _____

Données sur la famille

Probant: nom: _____

date de naissance: ____/____/____

Obligation de remplir en cas d'analyse de mutation spécifique ou d'anomalie chromosomique chez membre de famille

Souhaitez-vous que le généticien clinique informe le patient par téléphone en cas de résultat NORMAL? OUI/NON

Tél. patient: _____

DATE DE DEMANDE: _____ HEURE ____ h ____

DEMANDEUR Dr.: _____

I.D. nr.: _____ N° INAMI: _____

Signature

DATE DE PRELEVEMENT : _____ HEURE ____ h ____

FOETUS (pour usage interne)

IDENTIFICATION EAD-/HOS-nr. _____

Nom: _____ Prénom: _____

Adresse: _____

Date de naissance: _____ Sexe:

ORGANISME ASSUREUR KG1/KG2: _____ / _____

N° _____ Parenté

Matricule: _____

Si le patient est hospitalisé ailleurs, institution: _____

N° d'identification: _____ Service: _____

LISTE D'INDICATIONS CLINIQUES

ANAMNESE PRENATALE:	NEUROLOGIQUE:	CARDIAQUE:	MUSCULO-SQUELETTIQUE:
<input type="checkbox"/> Trisomie 13 indication <input type="checkbox"/> Trisomie 18 indication <input type="checkbox"/> Trisomie 21 indication <input type="checkbox"/> Retard de croissance intra-utérin <input type="checkbox"/> Oligohydramnios <input type="checkbox"/> Polyhydramnios <input type="checkbox"/> Augmentation de clarté nucale: ____ mm <input type="checkbox"/> Hydrops <input type="checkbox"/> Artère ombilicale unique <input type="checkbox"/> Autres: _____ _____ _____ _____	<input type="checkbox"/> Anomalie du tube neural <input type="checkbox"/> Agénésie/hypogénésie CC <input type="checkbox"/> Ventriculomégalie/hydrocéphalie <input type="checkbox"/> Holoprosencéphalie <input type="checkbox"/> Mouvements fœtaux réduits <input type="checkbox"/> Gyri anormaux <input type="checkbox"/> Dandy Walker <input type="checkbox"/> Hypoplasie cérébelleuse <input type="checkbox"/> Autres: _____ _____ _____ _____	<input type="checkbox"/> ASD <input type="checkbox"/> Défaut du canal AV <input type="checkbox"/> Coarctation aortique <input type="checkbox"/> Hypoplasie du cœur gauche <input type="checkbox"/> Tétralogie de Fallot <input type="checkbox"/> VSD <input type="checkbox"/> Focus intracardiaque échogène <input type="checkbox"/> Dextrocardie ou situs inversus <input type="checkbox"/> Hypoplasie du cœur droit <input type="checkbox"/> Double outlet RV <input type="checkbox"/> Transposition des gros vaisseaux <input type="checkbox"/> Truncus arteriosus <input type="checkbox"/> Atrésie de la valve pulmonaire <input type="checkbox"/> Atrésie aortique <input type="checkbox"/> Anomalie d'Epstein <input type="checkbox"/> Autres: _____ _____ _____ _____	<input type="checkbox"/> Contraction (arthrogryposis) <input type="checkbox"/> Pied bot (uni-/bilatéral) <input type="checkbox"/> Anomalie de membre <input type="checkbox"/> Polydactylie pré-/postaxial <input type="checkbox"/> Oligodactylie <input type="checkbox"/> Scoliose <input type="checkbox"/> Anomalie vertébrale <input type="checkbox"/> Dysplasie squelettique <input type="checkbox"/> Autres: _____ _____ _____ _____
ANAMNESE FAMILIALE:		GENITO-URINAIRE:	
<input type="checkbox"/> ≥ 2 fausses couches <input type="checkbox"/> Autres anomalies: _____ _____ _____ _____ _____	<p style="text-align: center;">CRANIOFACIAL:</p> <input type="checkbox"/> Fente labiale +/- palatine <input type="checkbox"/> Fente palatine <input type="checkbox"/> Macrocéphalie: OFC=_____ <input type="checkbox"/> Microcéphalie: OFC=_____ <input type="checkbox"/> Autres: _____ _____ _____ _____	<p style="text-align: center;">GASTRO-INTESTINAL:</p> <input type="checkbox"/> Gastroschisis <input type="checkbox"/> Omphalocèle <input type="checkbox"/> Remplissage gastrique absent <input type="checkbox"/> Focus échogène <input type="checkbox"/> Iléus méconial <input type="checkbox"/> Atrésie anale <input type="checkbox"/> Autres: _____ _____ _____ _____	<input type="checkbox"/> Sexe ambigu <input type="checkbox"/> Hydronéphrose <input type="checkbox"/> Megacystis <input type="checkbox"/> Reins polykystiques <input type="checkbox"/> Dysplasie rénale multikystique <input type="checkbox"/> Agénésie rénale <input type="checkbox"/> Obstruction urètre/uretère <input type="checkbox"/> Autres: _____ _____ _____ _____
<p>Remarques: _____ _____ _____ _____</p>			