



CCH-
CYTOGENETIQUE
Hôpital Cochin - Bât
J. Dausset 4e
27 rue du Fbg St-
Jacques
75014 Paris

**Feuille de demande d'examen
de cytogénétique postnatale**

Ref : PC-CYG- MULTI-DE-006-04
Version : 04
Applicable le : 02-12-2019



NOM : | **Sexe :** | **Consultant**
PRENOM : | **Taille :** | **Hospitalisé**
Date de naissance : | **Poids :** | **Hôpital de Jour**

Nom du médecin demandeur : **Nom du préleveur :**
Service : **Date et heure :**
Date de la demande :

EXAMEN(S) DEMANDE(S)

- Caryotype standard
- Cytogénétique moléculaire
Diagnostic suspecté ou région à cibler :
- Analyse Chromosomique par Puce à ADN (ACPA)

RENSEIGNEMENT(S) CLINIQUE(S)

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Prélèvement biologique

(5 à 10 ml de sang veineux périphérique pour les adultes, 2 ml minimum pour les enfants)

- **Caryotype standard** : sur tube **héparine lithium SANS GEL** ou **héparine sodium SANS GEL**
- **ACPA** : 1 tube **héparine SANS GEL** + 1 tube EDTA (idem pour les parents si possible)
- prélèvement **stérile** (culture)
- **transport à température ambiante**
- si nécessaire, **conservation à 4°C (surtout pas au congélateur, ni dans la glace)**

Documents à joindre impérativement

- **ordonnance**
- **consentement** du patient (ou responsable légal)
- **attestation** de consultation
- **description clinique détaillée** (CR d'hospitalisation ou de consultation)
- **traitement (s) actuel(s)** (Corticoïdes, antibiotiques, chimiothérapie ...)
- éventuellement des photos
- 2 ou 3 étiquettes

Pour tout renseignement complémentaire, vous pouvez joindre le secrétariat de Cytogénétique au : 01 58 41 35 29/30