

Numéro de dossier	
Date de réception	
Numéro de la demande	

(Réservé à LabGenetics)

DEMANDE DE DIAGNOSTIC GÉNÉTIQUE PRÉNATAL
PATIENT OU DONNEUR DE L' ÉCHANTILLON

Prénom	Nom:	
Carte d'identité:	Âge :	Âge gestationnel :

INDICATION:

<input type="checkbox"/> Âge maternel	<input type="checkbox"/> Fils antérieur ayant maladie héréditaire
<input type="checkbox"/> Raisons psychologiques	<input type="checkbox"/> Familial au premier degré, anomalie chromosomique
<input type="checkbox"/> Triple Screening Positif	<input type="checkbox"/> Familial au premier degré, maladie héréditaire
<input type="checkbox"/> Écographie suspecte de malformation	<input type="checkbox"/> Géniteur porteur d'anomalie chromosomique
<input type="checkbox"/> Fils précédent a une anomalie chromosomique	<input type="checkbox"/> Géniteur porteur de maladie héréditaire
<input type="checkbox"/> Divers (préciser):	

CENTRE MÉDICAL OU LABORATOIRE

Nom o Raison Sociale:	CIF/NIF:	
Adresse:	Ville:	
Province:	Code Postal:	Province:
Fax:	Courrier électronique :	

ÉCHANTILLON ENVOYÉ

N° Référence	Type d'Échantillon		Date Extraction	Code LabGenetics
	<input type="checkbox"/> Liquide amniotique	<input type="checkbox"/> Sang foetal du cordon		
	<input type="checkbox"/> Pilosités chorioniques	<input type="checkbox"/> Restes avortifs		

ANALYSE DEMANDÉ

<input type="checkbox"/> QF-PCR: Diagnostic prénatal rapide d'aberrations chromosomiques (13, 18, 21, X et Y)
<input type="checkbox"/> CARYOTYPE
<input type="checkbox"/> DIAGNOSTIC DE MALADIES HÉRÉDITAIRES
<input type="checkbox"/> Maladie: _____
<input type="checkbox"/> D'AUTRES PREUVES:
<input type="checkbox"/> Spécifier: _____

À _____, le _____ 200__

Nom: _____ Signature : _____

L'ensemble des informations à caractère personnel contenues dans le présent formulaire sont incorporées, tout comme les résultats des analyses, à un fichier qui reste sous la responsabilité de LabGenetics. Conformément à la législation en vigueur, toutes les personnes évoquées sur le présent document pourront exercer leur droit d'opposition, d'accès, de rectification et d'annulation, par voie de courrier électronique dûment identifié, à l'adresse info@labgenetics.com.es.

Envoi des Résultats	<input type="checkbox"/> Courrier ordinaire	<input type="checkbox"/> Fax	<input type="checkbox"/> Courrier électronique
----------------------------	---	------------------------------	--