Centre Hospitalier Régional Universitaire de Lille
POLE DE BIOLOGIE PATHOLOGIE GENETIQUE

Institut de Génétique Médicale

Fiche de liaison de diagnostic prénatal

UF9853 : Cytogénomique des Déficiences intellectuelles et Anomalies du Développement – Site Jeanne de Flandre

SIL-FE-LGM-105
V2 Janvier 2026

Molis : CYTOG

Secrétariat : Tel : 03.20.44.40.18 – Fax : 03.20.44.68.04 – **Catalogue des analyses** : https://biologiepathologie.chu-lille.fr

ANTENATAL : ☐ Liquide amniotique ☐ Villosités choriales ☐ Sang fœtal : Test Kleihauer inversé ? O / N	**POST-PARTUM :** ☐ Placenta ☐ Sang fœtal ☐ Autre : ……..

NOM de naissance Mère : ……
PRENOM Mère : ……..
DATE de NAISSANCE : ……./……./……
NOM marital : ……..

Etiquette au nom de la patiente

Médecin prescripteur (unique) : ……..

Service/Code UF : ……../Adresse : …… Tél. : ……..

Joindre obligatoirement **1 exemplaire du consentement éclairé/attestation de consultation pour étude génétique** *(1 exemplaire conservé par le prescripteur et le 3ème remis au patient)*

Prélèvement

Gestité : Parité :

Médecin préleveur : …….. **DDG : …../…../….**

Lieu : ……..
Date et heure de ponction : ……
Quantité : ……
Aspect : hématique - trouble - citrin
Commentaire :

Analyse demandée

☐ **Caryotype standard** (B1250) après QF-PCR (B700) (CIRUS : *CAFL1* sur LA, *CATF1* sur VC, *CAFS1* sur sang)
☐ **CGH-*array*** (BHN2037,B1000 si culture) (CIRUS : *CGHPRE*)
Selon les recommandations nationales ⇨ après consultation d'information, joindre prescription et consentements adaptés
☐ **Exome** (BHN8170 RIHN))
Selon les recommandations nationales ⇨ après accord du CPDPN, consultation d'information, joindre prescription et consentements adaptés
☐ **FISH spécifique :** ……
☐ **Envoi à l'extérieur :** Analyse (Gène, pathologie) : ……..
Biologiste : ……..
Adresse : ……
……

Indication (joindre les documents indiqués)

☐ **Dépistage trisomie 21 <1/50 et CN<3.5mm) (joindre le résultat)**
☐ **Dépistage Prénatal non Invasif (ADNlc) positif (joindre le résultat)**
☐ **Clarté nucale ≥ 3.5 mm (joindre l'échographie)**
☐ **Autre signe d'appel échographique (joindre le compte-rendu)**
……
☐ **Anomalie chromosomique parentale (joindre le résultat)**
……
☐ **ATCD d'anomalie chromosomique (joindre le résultat)**
……
☐ **Autres :**
……..

Traçabilité des contrôles – Analyses ext

Débal		C Admi	
Etique		C Ana	
Décant			

© *Document interne, propriété C.H.U. de LILLE*