

POLE BIOSPHARM
SERVICE de GENETIQUE
Feuille de prescription pour la PMA



Nom du prescripteur : Prélèvement du / / à h
Signature : par

DOCUMENTS A JOINDRE **OBLIGATOIREMENT** AU PRELEVEMENT (pour chaque patient) :

CONSENTEMENT signé du patient - **ATTESTATION D'INFORMATION** signée du prescripteur

Ces documents peuvent être imprimés à partir du site INTRANET / Analyses biologiques

- ☐ **Gène CFTR**, suspicion d'ABCD (5ml EDTA mauve)
- ☐ **Microdélétions du chromosome Y** (5ml EDTA mauve)
- ☐ **Gène FMR1**, prémutation X Fragile (5ml EDTA mauve)
- ☐ **Caryotype sanguin** (5ml HEP LITH vert foncé)
- ☐ Autre analyse génétique :

Signes cliniques – biologiques :

- ☐ Anomalie du spermogramme (à préciser) :
- ☐ Aménorrhée primaire ou secondaire
- ☐ Ménopause précoce
- ☐ IOP = Insuffisance ovarienne précoce
- ☐ Bilan de fausses couches spontanées à répétition, nombre :
- ☐ Echec d'implantation
- ☐ Bilan Pré FIV, pré ICSI
- ☐ Autres ou précisions

Merci de préciser le nom du conjoint :

ETIQUETTE PATIENT	ETIQUETTE UF	RCP
-------------------	--------------	-----