



**DEMANDE D'EXAMEN
POUR FISH SUR FROTTIS BUCCAL**

Service Prescripteur

Tampon ou inscriptions manuscrites

Intitulé du service (UF)

Adresse

N° Tél du service

IDENTITÉ DU PATIENT

NOM

NOM JEUNE FILLE

PRENOM

DATE de NAISSANCE

SEXE : **M** ... **F**

Laboratoire Destinataire

LABORATOIRE
DE GENETIQUE
CHROMOSOMIQUE

HOPITAL TIMONE ENFANTS
7ème étage

Tél. 04 91 38 47 99
04 91 38 77 67

PRESCRIPTEUR (Nom, qualité)

DATE

Signature :

PRELEVEUR (Nom, qualité)

DATE

Heure h

Signature :

N° de Travail
(Réservé au laboratoire)

URGENT

RENSEIGNEMENTS CLINIQUES

DEFICIENCE INTELLECTUELLE SYNDROMIQUE

Trisomie 21

Autres anomalies chromosomiques :

Précisez :

DEFICIENCE INTELLECTUELLE ISOLEE

MALFORMATION(S) SANS DEFICIENCE
INTELLECTUELLE

AUTISME, TED

ANOMALIE ISOLEE DE LA CROISSANCE

Retard de croissance

Avance staturale

AMBIGUÏTE SEXUELLE

AUTRES :

Précisez :

EXAMENS A REALISER : FISH INTERPHASIQUE

FISH 1 sonde (précisez laquelle) :

FISH 2 ou plusieurs sondes (précisez lesquelles) :

A conserver