

<b>GENETIQUE : GYNECOLOGIE</b>		
Date prescription	Cachet du médecin	Signature du médecin

FEMME		HOMME	
Nom : ..... Prénom : ..... Naissance : ..... / ..... / ..... Rue : ..... N° ..... Bte ..... CP : ..... Commune : ..... CT1/CT2 : ...../..... N° mutuelle : ...../..... N° NISS : .....		Nom : ..... Prénom : ..... Naissance : ..... / ..... / ..... Rue : ..... N° ..... Bte ..... CP : ..... Commune : ..... CT1/CT2 : ...../..... N° mutuelle : ...../..... N° NISS : .....	
Etiquette n° de demande <b>ERASME</b>	Etiquette n° de secteur <b>ERASME</b>	Etiquette n° de demande <b>ERASME</b>	Etiquette n° de secteur <b>ERASME</b>

Renseignements généraux	
Antécédents obstétricaux Avec conjoint actuel : G..../P..... Avec précédent conjoint : G..../P.....  Origine ethnique : .....	Antécédents obstétricaux Avec conjoint actuel : G..../P..... Avec précédent conjoint : G..../P.....  Origine ethnique : .....

Consanguinité du couple : oui – non	Si oui, précisez le degré : .....
-------------------------------------	-----------------------------------

Indications Cliniques	
<input type="checkbox"/> Bilan d'endocrinologie de la reproduction <sup>(1) (4)</sup> <b>détailler les signes cliniques au verso</b> <input type="checkbox"/> Bilan pré-FIV <sup>(1) (4)</sup> <b>détailler les signes cliniques au verso si signes cliniques particuliers</b> <input type="checkbox"/> Bilan préconceptionnel dans le cadre de FC à répétition <sup>(1) (3)</sup> <input type="checkbox"/> Bilan préconceptionnel dans le cadre d'une consanguinité <sup>(1) (5) (6)</sup> <input type="checkbox"/> Bilan préconceptionnel dans le cadre d'une anomalie génétique connue Nature de l'anomalie : ..... Membres porteurs/atteints <b>détailler dans l'arbre au verso</b> <input type="checkbox"/> Bilan don d'ovocyte <sup>(1) (4) (5)</sup> <input type="checkbox"/> Bilan Pré-DPI <sup>(1) (4) (10)</sup> Nature de l'anomalie : ..... Membres porteurs/atteints <b>détailler dans l'arbre au verso</b> <input type="checkbox"/> Bilan signes cliniques particuliers <b>détailler les signes cliniques au verso</b>	<input type="checkbox"/> Bilan d'endocrinologie de la reproduction <sup>(1) (5)</sup> <b>détailler les signes cliniques au verso</b> <input type="checkbox"/> Bilan pré-FIV <sup>(1) (5)</sup> <b>détailler les signes cliniques au verso si signes cliniques particuliers</b> <input type="checkbox"/> Bilan préconceptionnel dans le cadre de FC à répétition <sup>(1) (3)</sup> <input type="checkbox"/> Bilan préconceptionnel dans le cadre d'une consanguinité <sup>(1) (5) (6)</sup> <input type="checkbox"/> Bilan préconceptionnel dans le cadre d'une anomalie génétique connue Nature de l'anomalie : ..... Membres porteurs/atteints <b>détailler dans l'arbre au verso</b> <input type="checkbox"/> Bilan don de sperme <sup>(1) (5)</sup> <input type="checkbox"/> Bilan Pré-DPI <sup>(1) (5) (10)</sup> Nature de l'anomalie : ..... Membres porteurs/atteints <b>détailler dans l'arbre au verso</b> <input type="checkbox"/> Bilan signes cliniques particuliers <b>détailler les signes cliniques au verso</b>

Types de prélèvement et Analyses	
<input type="checkbox"/> 1. Caryotype <input type="checkbox"/> 2. FISH sexe 60 cellules <input type="checkbox"/> 3. FISH multitélomérique ( <i>uniquement si &gt;4 FC</i> )  <input type="checkbox"/> 4. X-fragile <input type="checkbox"/> 5. Mucoviscidose ( <b>€ hors don d'ovocytes</b> ) <input type="checkbox"/> 6. Amyotrophie Spinale <input type="checkbox"/> 7. CYP21A2 <input type="checkbox"/> Autre gène : ..... <input type="checkbox"/> 8. CGH-array <input type="checkbox"/> 9. Panel Hypogonadisme Hypogonadotrope <input type="checkbox"/> 10. MAP DPI <input type="checkbox"/> 11. Panel IOP <input type="checkbox"/> 12. Etude IOP <b>Consentement obligatoire</b> <input type="checkbox"/> 13. Stockage d'ADN	<input type="checkbox"/> 1. Caryotype <input type="checkbox"/> 2. FISH sexe 60 cellules <input type="checkbox"/> 3. FISH multitélomérique ( <i>uniquement si &gt;4 FC</i> )  <input type="checkbox"/> 4. Microdélétion Y <input type="checkbox"/> 5. Mucoviscidose <input type="checkbox"/> 6. Amyotrophie Spinale <input type="checkbox"/> Autre gène : .....  <input type="checkbox"/> 8. CGH-array <input type="checkbox"/> 9. Panel Hypogonadisme Hypogonadotrope <input type="checkbox"/> 10. MAP DPI  <input type="checkbox"/> 13. Stockage d'ADN

! Dépistage de maladies récessives (Extended Carrier Screening) €€€ => Remplir demande spécifique avec consentement : <http://ulbgenetics.be/documents-utiles/#prescription>

## Antécédents cliniques et/ou génétique

Indiquer pour chaque personne atteinte nom, prénom et anomalie

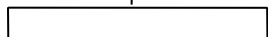
**Parents :**



**Frères/ sœurs :**



**Enfants :**



homme -  femme -  sexe inconnu - ● fausse couche - ■●◆ individus atteints -   individus porteurs -   couple consanguin

### Signes Cliniques

#### Endocrinologie de la reproduction/infertilité

- Insuffisance ovarienne prématuroe <sup>(2) (8) (11)</sup>  
(oligo/aménorrhée > 4 mois et FSH à >25IU/l lors de deux examens à plus de 4 semaines d'intervalle)
  - Aménorrhée primaire  
Induction pubertaire :  non  oui    Age : .....
  - Aménorrhée secondaire  
Age : .....  
Après arrêt traitement : .....
- Hypogonadisme hypogonadotrope <sup>(8) (9)</sup>
  - Anosmie
  - Hyposmie

#### Signes cliniques particuliers

- Petite taille <sup>(1) (2) (8)</sup>  
Taille de la patiente : .....  
Taille de la mère : .....  
Taille du père : .....
- Cou palmé <sup>(1) (2)</sup>
- Anomalie de l'aorte
- Aplasie/hypoplasie des seins <sup>(1) (2) (8) (9)</sup>
- Hypertension artérielle
- Ostéoporse
- Hypertrophie clitoridienne <sup>(1) (2) (7) (8)</sup>
- Hirsutisme
- Obésité  
Poids de la patiente : .....  
Poids de la mère : .....  
Poids du père : .....
- Insulinorésistance
- Ovaires micropolykystiques
- Ptose palpébrale
- Blépharophimosis
- Malvoyance
- Trouble de l'audition
- Déficit intellectuel
- Autres : **Voir autres demandes, conseil génétique recommandé**

#### Endocrinologie de la reproduction/infertilité

- Oligospermie <sup>(4)</sup>  
(concentration en spermatozoïdes < 5 millions/ml)
- Azoospermie <sup>(4)</sup>
  - Non obstructive
  - Obstructive
- Hypogonadisme hypogonadotrope <sup>(8) (9)</sup>
  - Anosmie
  - Hyposmie

#### Signes cliniques particuliers

- Grande taille <sup>(1) (2) (8)</sup>  
Taille du patient : .....  
Taille de la mère : .....  
Taille du père : .....
- Cryptorchidie <sup>(1) (2)</sup>
- Gynécomastie <sup>(1) (2)</sup>
- Micropénis <sup>(1) (2) (8)</sup>
- Hypospade <sup>(1) (2) (8)</sup>
- Taurodontisme
- Hypertension artérielle
- Ostéoporse <sup>(1) (2)</sup>
- Scrotum bifide <sup>(1) (2) (8)</sup>
- Obésité  
Poids du patient : .....  
Poids de la mère : .....  
Poids du père : .....
- Insulinorésistance
- Agénésie des canaux déférents <sup>(5)</sup>
- Sinusite chronique <sup>(5)</sup>
- Malvoyance
- Déficit intellectuel
- Autres : **Voir autres demandes, conseil génétique recommandé**

**Demands, consentements et documents d'information :** <http://ulbgenetics.be/documents-utiles/#prescription>

**Déclaration d'Helsinki :** <https://www.wma.net/fr/policies-post/declaration-dhelsinki-de-lamm-principes-ethiques-applicables-a-la-recherche-medecale-impliquant-des-etres-humains/>

**Respect de la vie privée :** <https://www.autoriteprotectiondonnees.be/reglement-general-sur-la-protection-des-donnees-citoyen>