

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

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

### Indications Cliniques Préconceptionnelles

cocher plusieurs indications si nécessaire  
barrer éventuellement une analyse non désirée

<p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <b>Dépistage Pré-FIV<sup>1</sup></b> (caryo + X-fragile)</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <b>Infertilité</b> (caryo + X-fragile) <input type="checkbox"/> avec IOP (+ FISHsexe + PanellOP + CGH)</p> <p><input type="checkbox"/> <b>Antécédent de fausses-couches</b> (caryo) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ≥ 4 fausses-couches (+ analyses appropriées)</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <b>Don d'ovocyte<sup>2</sup></b> (caryo + analyses appropriées) <input type="checkbox"/> anonyme <input type="checkbox"/> ciblé</p> <p><input type="checkbox"/> <b>Couple consanguin<sup>1,2</sup></b> (stockage ADN) origine ethnique: _____ degré de consanguinité: _____</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <b>Conjoint porteur mucoviscidose</b> (caryo + X-Fragile + muco35/gène) cas index: _____ anomalie: _____</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <b>Anomalie génétique connue</b> (caryo + analyses appropriées) cas index: _____ anomalie: _____</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <b>Trouble endocrinien de la reproduction<sup>2</sup></b> (caryo + analyses appropriées) anomalie: _____</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <b>Anomalie anatomique gynécologique<sup>2</sup></b> (caryo + analyses appropriées) externe: _____ interne: _____</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <b>Autres signes cliniques pertinents/particuliers<sup>2</sup></b> (analyses appropriées) personne atteinte: _____ signes: _____</p>	<p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <b>Dépistage Pré-FIV<sup>1</sup></b> (caryo + muco35)</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <b>Infertilité</b> (caryo + muco35 + MDY) <input type="checkbox"/> non caractérisée <input type="checkbox"/> oligospermie <input type="checkbox"/> azoospermie</p> <p><input type="checkbox"/> <b>Antécédent de fausses-couches</b> (caryo) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ≥ 4 fausses-couches (+ analyses appropriées)</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <b>Don de sperme<sup>2</sup></b> (caryo + analyses appropriées) <input type="checkbox"/> anonyme <input type="checkbox"/> ciblé</p> <p><input type="checkbox"/> <b>Couple consanguin<sup>1,2</sup></b> (stockage ADN) origine ethnique: _____ degré de consanguinité: _____</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <b>Conjointe porteuse mucoviscidose</b> (caryo + muco35/gène) cas index: _____ anomalie: _____</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <b>Anomalie génétique connue</b> (caryo + analyses appropriées) cas index: _____ anomalie: _____</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <b>Trouble endocrinien de la reproduction<sup>2</sup></b> (caryo + analyses appropriées) anomalie: _____</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <b>Anomalie anatomique andrologique<sup>2</sup></b> (caryo + analyses appropriées) externe: _____ interne: _____</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <b>Autres signes cliniques pertinents/particuliers<sup>2</sup></b> (analyses appropriées) personne atteinte: _____ signes: _____</p>
---	---

Types de tubes de prélèvement :  = EDTA  = Héparine

<sup>1</sup> Dépistage de maladies récessives (Extended Carrier Screening) €€€ => Remplir demande spécifique avec consentement : <http://ulbgenetics.be/documents-utiles/#prescription>

<sup>2</sup> Conseil génétique indiqué

## Indications Cliniques Pré-DPI

cocher plusieurs indications si nécessaire  
barrer éventuellement une analyse non désirée

### Pré-DPI COUPLE

**pour anomalie génétique connue (PGT-M/PGT-SR)**  
(caryo + X-fragile + analyses appropriées)  
*cas index:* \_\_\_\_\_  
*anomalie:* \_\_\_\_\_

**pour dépistage d'aneuploïdies (PGT-A)** (caryo + X-fragile)

- fausses couches répétées
- échec répété d'implantation
- antécédents d'aneuploïdie
- âge maternel

**pour anomalie génétique connue (PGT-M/PGT-SR)**  
(caryo + muco35 + analyses appropriées)  
*cas index:* \_\_\_\_\_  
*anomalie:* \_\_\_\_\_

**pour dépistage d'aneuploïdies (PGT-A)** (caryo + muco35)

- fausses couches répétées
- échec répété d'implantation
- antécédents d'aneuploïdie
- âge maternel

### Pré-DPI APPARENTES

**pour anomalie génétique connue** (liaison génétique)  
*lien avec le couple:* \_\_\_\_\_  
*anomalie:* \_\_\_\_\_

Types de tubes de prélèvement :  = EDTA     = Héparine

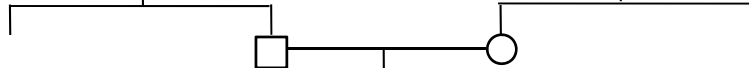
## Antécédents cliniques et/ou génétiques

Indiquer pour chaque personne atteinte nom, prénom et anomalie

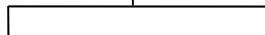
Parents :



Frères/ sœurs :



Enfants :



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

Demandes, consentements et documents d'information : <http://ulbaenetics.be/documents-utiles/#prescription>

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

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