

GENETIQUE : GYNECOLOGIE		
Date prescription	Cachet du médecin	Signature du médecin

 **ECRIRE AU STYLO NOIR SVP**

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 ERASME	Etiquette n°de secteur ERASME	Etiquette n°de demande ERASME	Etiquette n°de secteur ERASME

Indications Cliniques Préconceptionnelles

cocher plusieurs indications si nécessaire - barrer éventuellement une analyse non désirée

<p>E+H <input type="checkbox"/> Dépistage Pré-FIV¹ (caryo⁴ + X-fragile⁴ + SMN1)</p> <p>E+H <input type="checkbox"/> Infertilité sans IOP (caryo⁴ + X-fragile⁴) <input type="checkbox"/> SMN1 si FIV</p> <p>E+H <input type="checkbox"/> IOP (caryo⁴ + X-fragile⁴ + FISHsexe + Panel IOP⁵) <input type="checkbox"/> SMN1 si FIV <input type="checkbox"/> CGH⁴ IOP</p> <p>H <input type="checkbox"/> Antécédent de fausses-couches (caryo⁴) <input type="checkbox"/> X-fragile⁴ + SMN1 si FIV précisez le nombre - précoces (≤ 14 sem) : ____ tardives : ____ <input type="checkbox"/> consécutives <input type="checkbox"/> non consécutives</p> <p>E+H <input type="checkbox"/> Don d'ovocyte² (caryo⁴ + X-fragile⁴ + muco35⁴ + SMN1 + tests approp.) <input type="checkbox"/> anonyme <input type="checkbox"/> ciblé</p> <p>E <input type="checkbox"/> Couple consanguin^{1,2} (stockage ADN) origine ethnique: _____ degré de consanguinité: _____</p> <p>E+H <input type="checkbox"/> Conjoint porteur mucoviscidose (caryo⁴ + X-Fragile⁴ + muco complet^{3,4}) origine ethnique de la patiente: _____ conjoint cas index: _____ anomalie du conjoint: _____</p> <p>E+H <input type="checkbox"/> Anomalie génétique connue (caryo⁴ + tests appropriés) cas index: _____ anomalie: _____</p> <p>E+H <input type="checkbox"/> Trouble endocrinien de la reproduct.² (caryo⁴ + tests appropriés) anomalie: _____</p> <p>E+H <input type="checkbox"/> Anomalie anatomique gynécologique² (caryo⁴ + tests appropriés) externe: _____ interne: _____</p> <p>E <input type="checkbox"/> Autres signes clin. pertinents/particuliers² (tests appropriés) personne atteinte: _____ signes: _____</p>	<p>E+H <input type="checkbox"/> Dépistage Pré-FIV¹ (caryo⁴ + muco35⁴)</p> <p>E+H <input type="checkbox"/> Infertilité (caryo⁴ + muco35⁴ + MDY⁴) <input type="checkbox"/> non caractérisée <input type="checkbox"/> oligospermie <input type="checkbox"/> azoospermie <input type="checkbox"/> asthénospermie <input type="checkbox"/> tératospermie</p> <p>H <input type="checkbox"/> Antécédent de fausses-couches (caryo⁴) précisez le nombre - précoces (≤ 14 sem) : ____ tardives : ____ <input type="checkbox"/> consécutives <input type="checkbox"/> non consécutives</p> <p>E+H <input type="checkbox"/> Don de sperme² (caryo⁴ + muco35⁴ + tests appropriés) <input type="checkbox"/> anonyme <input type="checkbox"/> ciblé</p> <p>E <input type="checkbox"/> Couple consanguin^{1,2} (stockage ADN) origine ethnique: _____ degré de consanguinité: _____</p> <p>E+H <input type="checkbox"/> Conjointe porteuse mucoviscidose (caryo⁴ + muco complet^{3,4}) origine ethnique du patient: _____ conjointe cas index: _____ anomalie de la conjointe: _____</p> <p>E+H <input type="checkbox"/> Anomalie génétique connue (caryo⁴ + tests appropriés) cas index: _____ anomalie: _____</p> <p>E+H <input type="checkbox"/> Trouble endocrinien de la reproduct.² (caryo⁴ + tests appropriés) anomalie: _____</p> <p>E+H <input type="checkbox"/> Anomalie anatomique andrologique² (caryo⁴ + tests appropriés) externe: _____ interne: _____</p> <p>E <input type="checkbox"/> Autres signes clin. pertinents/particuliers² (tests appropriés) personne atteinte: _____ signes: _____</p>
---	--

Types de tubes de prélèvement : **E = EDTA** **H = Héparine**

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

² Conseil génétique indiqué

³ Sera peut-être suivie par le séquençage du gène CFTR complet selon l'ethnie du patient

⁴ Analyse accréditée

⁵ Consentement obligatoire

Indications Cliniques Pré-DPI

cocher plusieurs indications si nécessaire
barrer éventuellement une analyse non désirée

Pré-DPI COUPLE

E+H pour anomalie génétique connue (PGT-M/PGT-SR)

(caryo⁴ + X-fragile⁴ + SMN1 + tests appropriés)

cas index: _____

anomalie: _____

E+H pour dépistage d'aneuploidies (PGT-A)

(caryo⁴ + X-fragile⁴ + SMN1)

- fausses couches répétées
- échecs répétés d'implantation
- antécédents d'aneuploidie
- âge maternel

E+H pour anomalie génétique connue (PGT-M/PGT-SR)

(caryo⁴ + muco35⁴ + tests appropriés)

cas index: _____

anomalie: _____

E+H pour dépistage d'aneuploidies (PGT-A)

(caryo⁴ + muco35⁴)

- fausses couches répétées
- échecs répétés d'implantation
- antécédents d'aneuploidie
- âge maternel

Pré-DPI APPARENTES

E pour anomalie génétique connue (liaison génétique)

lien avec le couple: _____

anomalie: _____

Types de tubes de prélèvement : **E = EDTA** **H = Héparine**

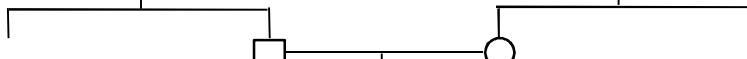
Antécédents cliniques et/ou génétiques

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://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-medicale-impliquant-des-etres-humains/>

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