

« Génétique Médicale »

PATIENT(E) (Champ obligatoire)

Nom :

Prénom :

Date de naissance : / /

Sexe :

MEDECIN PRESCRIPTEUR/ LABORATOIRE REFERENT

Médecin prescripteur / laboratoire réfèrent :

Téléphone :

Email :

RENSEIGNEMENTS CLINIQUES ET PARACLINIQUES (Indispensables pour la prise en charge du prélèvement)

INDICATION MASCULINE

- ☐ Oligoasthénospermie
- ☐ Agénésie bilatérale des canaux déférents
- ☐ Suspicion du syndrome de Klinefelter
- ☐ Azoospermie
- ☐ Infertilité non étiquetée

Anomalies du spermocytogramme :

- ☐ Spermatozoïdes macrocéphales*
- ☐ Globozoospermie**
- ☐ Spermatozoïdes Acéphales***
- ☐ Autre :

INDICATION FEMININE

- ☐ Diminution de la réserve ovarienne
- ☐ Insuffisance ovarienne prématurée
- ☐ Suspicion du syndrome de Turner

- ☐ Infertilité non étiquetée
- ☐ Autre :

INDICATION MIXTE

- ☐ Infertilité non étiquetée
- ☐ Fausses couches à répétition

- ☐ Bilan pré-PMA
- ☐ Autre :

EXAMENS DEMANDES

- ☐ Caryotype constitutionnel sanguin
- ☐ Bilan de thrombophilie :
 - ☐ Recherche de la mutation G20210A (Facteur II)
 - ☐ Recherche de la mutation G1691A (Facteur V de Leiden)
 - ☐ Recherche des mutations C677T et A1298C du gène *MTHFR*
- ☐ Recherche des microdélétions du chromosome Y
- ☐ Recherche des mutations fréquentes du gène *CFTR*
- ☐ Etude du gène *FMRI*
- ☐ Recherche de la mutation récurrente c.144del au niveau de l'exon 3 du gène *AURKC**
- ☐ Recherche des mutations récurrentes du gène *DPY19L2***
- ☐ Recherche de la mutation récurrente c.211+1_211+2dup au niveau de l'exon du gène *SUN5****