



CHU DE MONTPELLIER
HOPITAL SAINT ELOI
80, AVENUE AUGUSTIN FLICHE
34295 MONTPELLIER CEDEX 5

DEPARTEMENT D'HEMATOLOGIE BIOLOGIQUE
Pr Patricia AGUILAR-MARTINEZ

ACTIVITE DE GENETIQUE CONSTITUTIONNELLE

Pr Patricia AGUILAR-MARTINEZ
Dr Muriel GIANZILY-BLAIZOT
Dr Séverine CUNAT

Secrétariat : 04 67 33 70 31/33
Fax : 04 67 33 70 36

Identité du patient (étiquette) Nom : Nom de naissance : Prénom : Né(e) le : / / Sexe: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Nom du médecin prescripteur : Signature	Hôpital : Service : Ville : Tél. : Date d'envoi: / /	Préleveur: Tél.: Date: / / Heure :
--	--	--	---

Feuille de demande à compléter et à joindre impérativement au prélèvement (1 formulaire par patient)

Diagnostic génétique de la maladie de Gilbert

Indication :

- Suspicion clinique
- Enquête familiale
 Nom du cas index : Diagnostic fait dans notre laboratoire : oui non
 Lien de parenté avec le cas index :
- Autre (préciser) :

Autre pathologie connue (notamment anémie ou hémolyse chronique):

non oui (préciser)

Numération sanguine (joindre le résultat si non réalisée au CHU de Montpellier) :

Hb : g/dL
 GR : T/L
 VGM : fL
 TCMH: pg

Haptoglobulinémie : g/L

Bilirubinémie (UI/L) :

Totale :
 Libre :
 Conjuguée:

Cadre réservé au laboratoire

N° ADN :
 Date de réception :
 ID technicien réception :
 Nature du prélèvement :
 Nombre de tubes :

INFORMATIONS POUR LE PRESCRIPTEUR

Modalités de prélèvement et d'envoi :

- Sang veineux sur EDTA : adulte 2x5 mL ; enfant 5 mL
- Etiqueter chacun des tubes, les conserver à température ambiante ou à +4°C
- **Ne pas congeler**

Documents obligatoires à joindre :

- cette feuille de demande complétée
 - l'attestation de consultation et de recueil de consentement (ou la copie du consentement écrit) des examens des caractéristiques génétiques
- formulaires types disponibles sur demande*
- le bon de commande, si demande extérieure