



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

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

DIAGNOSTIC DE DEFICIT CONSTITUTIONNEL EN FACTEUR X *génotypage du gène F10*

Indication : Suspicion de déficit constitutionnel en FX

Taux de FX:C : %

Taux de FX:Ag : % (si applicable)

Présence d'une activité anti FX : oui non non recherchée Enquête familiale :

Nom du cas index :

Lien de parenté avec le cas index :

Clinique et biologie :Présence d'un syndrome hémorragique oui non

Principaux signes cliniques décrits :

Présence d'une autre anomalie de l'hémostase oui non

Si oui, préciser :

Taux de FII:C = % Taux de FV:C = % Taux de FVII:C = %

Cadre réservé au laboratoire N° ADN : Date de réception : ID technicien réception : Nature du prélèvement : Nombre de tubes :	INFORMATIONS POUR LE PRELEVEUR / PRESCRIPTEUR Modalités de prélèvement et d'envoi : Sang veineux sur EDTA : 1 tube de 5 mL (adulte et enfant) à étiqueter et conserver à TA ou à +4°C. Ne pas congeler Documents obligatoires à joindre : <input type="checkbox"/> cette feuille de demande complétée <input type="checkbox"/> l'attestation de consultation et de recueil de consentement (ou la copie du consentement écrit) des examens des caractéristiques génétiques formulaires types disponibles sur http://www.chu-montpellier.fr/fr/genet/diagnostic/ <input type="checkbox"/> le bon de commande, si demande extérieure
---	---