



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 XI *génotypage du gène F11*

Indication : Suspicion de déficit constitutionnel en FXI

Taux de FXI:C : %

Taux de FX:Ag : % (si applicable)

Présence d'une activité anti FXI : 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 :

<i>Cadre réservé au laboratoire</i>	INFORMATIONS POUR LE PRELEVEUR / PRESCRIPTEUR
N° ADN :	Modalités de prélèvement et d'envoi :
Date de réception :	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
ID technicien réception :	Documents obligatoires à joindre :
Nature du prélèvement :	<input type="checkbox"/> cette feuille de demande complétée
Nombre de tubes :	<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