

**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		

NGS : panel « Dysérythropoïèses congénitales »**Indication :**

- Suspicion de dysérythropoïèse congénitale
- CDA type 1
 - CDA type 2
 - Autre (préciser) :

 Enquête familiale :

Nom du cas index :

Diagnostic fait dans notre laboratoire : oui non

Lien de parenté avec le cas index :

Origine ethnique du patient et de sa famille :**Numération sanguine** (*joindre le résultat si non réalisée au CHU de Montpellier*) :

Hb :	g/dL	Ferritinémie :	µg/L
VGM :	fl	Haptoglobulinémie :	g/L
GR :	T/L	Etude de l'hémoglobine : Hb A2 :	% ; Hb F : %
TCMH :	pg	autre :	

Réticulocytes :**Myélogramme** (*joindre le résultat si non réalisé au CHU de Montpellier*)

- en faveur d'une CDA non réalisé

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
---	--