



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		

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

NGS : panel « anomalies de membrane du globule rouge »

Indication : suspicion d'anomalie membranaire :

- Sphérocytose
- Stomatocytose
- autre (précisez) :

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 :

Numérations 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

Bilirubine :

TCMH : pg

LDH :

Réticulocytes :

Autre :

Pink test (*joindre le résultat si non réalisée au CHU de Montpellier*) : non réalisé

Test EMA (*joindre le résultat si non réalisée au CHU de Montpellier*) : positive négative non réalisé

EktaCytométrie (*joindre le résultat*) : en faveur d'une anomalie de membrane non réalisée

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 :

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 <http://www.chu-montpellier.fr/fr/genet/diagnostic/>

le bon de commande, si demande extérieure