



Assistance Publique
Hôpitaux de Marseille
— REF : TLF070 —

SERVICE BIOLOGIQUE DE GÉNÉTIQUE MÉDICALE - Pr. N. LEVY
HOPITAL D'ENFANTS LA TIMONE - 264 rue Saint Pierre - 13385 MARSEILLE CEDEX 5

Demande pour conservation en Banque
ADN / CELLULES / TISSUS

Service Prescripteur
Tampon ou inscriptions manuelles

Intitulé du service (UF)

Adresse

N° Tél du service

IDENTITÉ DU PATIENT
Etiquette hospitalisé ou inscriptions manuelles (externes)

NOM

NOM JEUNE FILLE

PRENOM

DATE de NAISSANCE

SEXE : **M** ... **F**

Laboratoire Destinataire

CRB TAC

Banque et
Centre de Ressources
Biologiques
-Tissus ADN Cellules-
UF 5838

Dr A. ROBAGLIA-SCHLUPP
HOPITAL TIMONE ENFANTS
8^{EME} ETAGE

crb.timone.marseille@ap-hm.fr
tél. 04 91 38 77 87 / 8 90 49

JOINDRE OBLIGATOIREMENT
Le Consentement éclairé signé par le patient

PRESCRIPTEUR (Nom, qualité)

.....

DATE

Signature :

PRELEVEUR (Nom, qualité)

.....

DATE

Heure h

Signature :

Nature du prélèvement	Nature des échantillons		
	stockage	Culture + Stockage	
SANG	<input type="checkbox"/> sur EDTA (bouchon violet)	<input type="checkbox"/> ADN	
	<input type="checkbox"/> sur Héparine Lithium (bouchon vert)	<input type="checkbox"/> Lymphocytes primaires	
	<input type="checkbox"/> ou sur ACD (bouchon jaune)		<input type="checkbox"/> Lignée lymphocytaire (lymphocytes immortalisés) pour étude de
Cellules cultivées	<input type="checkbox"/> Liquide amniotique	<input type="checkbox"/> ADN	
	<input type="checkbox"/> Lymphocytes		<input type="checkbox"/> Lignée lymphocytaire
	<input type="checkbox"/> Fibroblastes		<input type="checkbox"/> Fibroblastes primaires
Tissus	<input type="checkbox"/> (organe :))	<input type="checkbox"/> ADN <input type="checkbox"/> Tissus	
	<input type="checkbox"/> Villosités choriales		
Biopsie de peau		<input type="checkbox"/> Fibroblastes primaires	
ADN (méthode d'extraction))	<input type="checkbox"/> ADN		

RENSEIGNEMENTS CLINIQUES – PARACLINIQUES

Merci de joindre

- Résultat Caryotype fœtal
- Lettre précisant les caractéristiques cliniques du patient
- Arbre généalogique avec indication de la position du patient
- Le bon de facturation (obligatoire pour les demandes hors AP-HM)

Pathologie (obligatoire) :

Statut du patient : ATTEINT NON-ATTEINT SUSPICION

Nom du protocole* :

* Les échantillons « hors protocole » pourront être inscrits au catalogue public du CRB en vue d'une mise à disposition à la communauté scientifique.
Cette Inscription dépend de la qualité de l'échantillon obtenu et des données associées requises.

ENVOI D'ADN (réservé au service de Génétique Médicale)

Analyse(s) demandée(s) : Laboratoire auquel doit être adressé l'échantillon :

Dans ce cas il incombe au prescripteur de s'entendre préalablement avec le laboratoire effectuant l'analyse
Joindre au prélèvement les pièces requises par ce laboratoire (lettre, arbre, etc...)

RESERVE AU LABORATOIRE DESTINATAIRE

Numéro Banque / CRB : I3- Réception de la demande : à h

Numéro de collection :