

## Bon de Demande d'Examen de Génétique Moléculaire

Dossier à remplir puis à joindre au prélèvement et à l'attestation de consultation et consentement. Sauf mention contraire, tous les renseignements sont obligatoires. Sans un dossier complet, l'examen ne pourra être réalisé.

### Médecin Prescripteur

NOM : ..... Prénom : .....  
 Adresse : .....  
 CP : ..... Ville : ..... Pays : .....  
 Téléphone : ..... Fax (facultatif) : .....  
 Numéro ADELI : .....  
 Signature :

### Patient

NOM usuel: ..... Prénom : .....  
 NOM de naissance: .....  
 Date de Naissance : ..... / ..... / ..... Sexe : F  M   
 Adresse : .....  
 CP : ..... Ville : ..... Pays : .....  
 Téléphone : ..... Origine : .....  
 Signes Cliniques / Antécédents familiaux : .....  
 .....  
 .....  
 .....  
 .....  
 Arbre Généalogique (facultatif) :

**Nom du Patient :** ..... **Prénom :** .....

## Prélèvement

**NOM Prénom du Préleveur :** .....

**Adresse :** .....

**CP :** ..... **Ville :** ..... **Pays :** .....

**Téléphone :** .....

**Nature du prélèvement :**  Sang  Salive

ADN (Indiqué le type du prélèvement initial : .....) )

**Date du prélèvement :** ..... / ..... / .....

## Demande d'Examen de Génétique Moléculaire

**Examens prescrit(s) :**

.....  
.....  
.....  
.....  
.....

Les conditions d'envoi des prélèvements sont indiquées dans le manuel de prélèvement, disponible sur le site de la plateforme LIGAN (<http://ligan.good.cnrs.fr>).

### Adresse de livraison des prélèvements :

BioBanque LIGAN - CNRS UMR 8199

A l'attention de M Frédéric ALLEGAERT / M Nicolas LARCHER

Bâtiment EGID - 1er étage

Bd du professeur Jules Leclercq

59045 Lille Cedex

**Tel :** 03.74.00.80.71

**Interphone :** BIOBANQUE UMR8199