

**RENSEIGNEMENTS EN VUE DE LA REALISATION D'UN
CARYOTYPE CONSTITUTIONNEL**

Identité :

Nom : Prénom :

Date de naissance : Adresse/Tél :

Date de prélèvement : Médecin prescripteur :

Renseignements cliniques

* **Retard mental/Malformations :**

- | | | |
|--|---|---|
| ☐ Retard mental | ☐ Délai d'acquisition du langage | ☐ Trouble du comportement |
| ☐ Trait autistique | ☐ Trouble du développement | ☐ Troubles psychomoteurs |
| ☐ Dysmorphie faciale | ☐ Suspicion de trisomie 21 | ☐ Retard statural/pondéral |
| ☐ Malformation (précisez) : | | |
| ☐ Autre (précisez) : | | |
| ☐ Prise de médicaments: Si oui, précisez: | | |

Age maternel:.....

Déroulement de la grossesse:

Infection materno-foetale: Oui ☐ Non ☐

Prise de médicament tératogène: Oui ☐ Non ☐

Antécédents familiaux (frères atteints ou d'autres cas dans la famille):.....

Antécédents de fausses couches du couple ou d'infertilité:.....

Mode de fécondation (naturelle, FIV Fécondation In Vitro, ICSI):.....

Poids:..... Taille:..... PC:.....

* Suspicion d'anomalies gonosomiques :

- ☐ Syndrome de Klinefelter ☐ Syndrome de Turner ☐ Retard statural/pondéral
☐ Aménorrhée secondaire ☐ Insuffisance ovarienne précoce ☐ Retard pubertaire
☐ Ambiguïté sexuelle/malformation génitales

* *Trouble de la reproduction :*

- ☐ Azoospermie
 ☐ Oligospermie sévère
 ☐ Oligo-asthéo-tératospermie
☐ ABCD
 ☐ Bilan Pré-FIV/Pré-ICSI
☐ Fausses couches spontanées à répétition (nombre)

Bilan hormonal : Homme..... Femme.....

Résultat du spermogramme:

Autres:.....

* **Enquête familiale anomalie chromosomique** (joindre résultat du cas index ou coordonnées du laboratoire ayant réalisé le caryotype)

- ☐ Etude familiale (apparenté au 1^{er} degré)
 ☐ Etude familiale (non apparenté au 1^{er} degré)
- ☐ Recherche d'un syndrome microdélétionnel : Si oui ☐ précisez :

arbre généalogique

