

**DEMANDE DE CARYOTYPE CONSTITUTIONNEL  
OU DE MALADIE CASSANTE**

**PRENDRE IMPERATIVEMENT RENDEZ-VOUS AVANT ENVOI**

avec le Dr Nathalie Auger ou le Dr Alexander Valent  
et/ou le secrétariat (cf. coordonnées ci-contre).

SERVICE DE GENETIQUE  
DES TUMEURS  
DR E.ROULEAU  
CHEF DE SERVICE

Tél. : 33 (0)1 42 11 44 08  
Etienne.rouleau@gustaveroussy.fr

BIOLOGIE MOLÉCULAIRE  
DR S.COTTERET

Tél. : 33 (0)1 42 11 41 45  
sophie.cotteret@gustaveroussy.fr

DR L.LACROIX

Tél. : 33 (0)1 42 11 40 35  
ludovic.lacroix@gustaveroussy.fr

CYTOGÉNÉTIQUE  
DR N.AUGER

agrément en cytogénétique AG13-3863GEN  
Tél. : 33 (0)1 42 11 65 49

nathalie.auger@gustaveroussy.fr

DR S.COTTERET

Tél. : 33 (0)1 42 11 41 45  
sophie.cotteret@gustaveroussy.fr

DR A.VALENT

agrément en cytogénétique AG13-4248GEN  
Tél. : 33 (0)1 42 11 54 21

alexander.valent@gustaveroussy.fr

HEMATOLOGIE MOLÉCULAIRE  
PR A.BENNACEUR-GRISCELLI

Tél. : 33 (0)1 42 11 31 44  
annelyse.bennaceur@gustaveroussy.fr

DR C.MARZAC

Tél. : 33 (0)1 42 11 51 31  
christophe.marzac@gustaveroussy.fr

F.COCHETEUX

CADRE PLATEFORME  
GENETIQUE DES TUMEURS

Tél. : 33 (0)1 42 11 65 92  
Florence.cocheteux@gustaveroussy.fr

M.CHAIGNE

SECRÉTARIAT

Tél. : 33 (0)1 42 11 47 79  
Fax : 33 (0)1 42 11 44 01  
martine.chaigne@gustaveroussy.fr

**Pour des raisons techniques, les prélèvements doivent arriver uniquement :**

☞ Lundi et mardi pour anémie de Fanconi

☞ Lundi, mardi, vendredi pour ataxies télangiectasies, syndrome de Bloom, caryotype constitutionnel

**Aucun prélèvement ne pourra être pris en charge en-dehors de ces jours précis**

Date prélèvement : ..... Heure prélèvement : .....

Nom du préleveur : .....

**PATIENT :**

NOM : ..... Prénom .....

Date naissance ..... Sexe :  Féminin  Masculin

renseignements cliniques ou et/ou CR de consultation/hospitalisation :

.....

.....

.....

.....

.....

1 tube de sang périphérique (ou 2 tubes si aplasie) sur héparine lithium

consentement du patient pour la réalisation d'examen constitutionnel de votre centre

NFS récente (pour recherche de Fanconi ou de Bloom)

**PRESCRIPTEUR :** .....

Adresse : .....

.....

..... Tel : .....

**Prescription :**

Maladie de Fanconi  Syndrome de Bloom  Ataxie télangiectasie

Caryotype constitutionnel

**Documents et prélèvement à envoyer à :**

Dr N. AUGER ou Dr A. VALENT - GUSTAVE ROUSSY - Accueil CORE BIOPATH  
114 rue Edouard Vaillant - 94805 VILLEJUIF cedex

PM-CG-ENR019 V1

INSTITUT GUSTAVE ROUSSY

114, rue Edouard Vaillant - 94805 VILLEJUIF Cedex - France - Tél : 33 (0)1 42 11 42 11 - Fax : 33 (0)1 42 11 53 00

Centre de lutte contre le cancer autorisé à recevoir les dons et legs - ordonnance du 1<sup>er</sup> octobre 1945

N° SIREN 775 74 11 01 CODE APE 8610Z CCP PARIS 709 26 Z

Siège : 39, rue Camille Desmoulins - 94805 Villejuif Cedex - France