CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE DE CAEN – Avenue Georges Clemenceau
POLE DE BIOLOGIE - SERVICE DE GENETIQUE – Chef de Service : Professeur M.L. KOTTLER
LABORATOIRE DE GENETIQUE MOLECULAIRE (Tél. : 02 31 27 24 17 - Fax : 02 31 27 26 58)
M.L. KOTTLER (PU-PH) - H. MITTRE (MCU-PH) – N. RICHARD (PH)

N°Sigma NOM DU MALADE : Nom de Jeune Fille : Prénom : Date de Naissance : Sexe : ❑ M ❑ F **<u>Pour les consultants externes</u> :** Adresse : .... N°S.S. : Nom de l'Assuré : Adresse de la Caisse :	NOM DU MEDECIN SIGNATURE Tampon UF demandeur : Régime : ❑ ATM ❑ STM ❑ HDG	ou Hôpital Service : Tél. : ❑ C.P. ❑ C.P.H.

PRELEVEMENT	
- ***sur EDTA (tubes à bouchon violet)*** - ***10 ml de sang pour un adulte, 5 ml pour un enfant*** - ***étiqueter chacun des tubes*** - ***bien agiter après le prélèvement***	***Conserver à température ambiante*** ***<u>Envoi</u> à température ambiante, en début de semaine*** ***<u>Délai d'acheminement</u> : 72 heures maximum***
Date : *Heure :* *Préleveur :* *Lieu :* *Incidents (remarques) :*	

<u>HYPOGONADISME HYPOGONADOTROPE SANS ANOSMIE</u>

Formulaire à faire remplir par le médecin prescripteur et à joindre à tout prélèvement sanguin
Les études génétiques doivent faire l'objet d'un écrit du patient (article L.145-15 de la loi n°94-654 du 29 juillet 1994)
Compléter le consentement écrit au verso et joindre une copie de l'attestation de consultation

☐ **GnRH**	☐ **KISS1**	☐ **TAC3** (NKB)	☐ **β-FSH**	☐ **β-LH**
☐ **GnRHR**	☐ **KISS1R** (GPR54)	☐ **TACR3** (NKBR)	☐ **FSHR**	☐ **LHCGR**

Famille / individu connu : ❑ OUI ❑ NON Nom du cas index :

Renseignements cliniques	**Bilans Hormonaux**
❑ Stade pubertaire ❑ Aménorrhée ❑ Cryptorchidie ❑ Pathologie associée	Estradiol : Testostérone : Inhibine B : LH : FSH : Test GnRH :

Arbre généalogique : Consanguinité : ❑ OUI (préciser sur l'arbre) ❑ NON