**A compléter par le laboratoire destinataire au moment de la demande**

**Date de la demande :**

|  |  |
| --- | --- |
| Prescription ID SPICE : |  |
| Prénom et nom du prescripteur qui a été informé de la demande : |  |
| Prénom et nom du Biologiste ayant signé le CR d’examen : |  |
| Motif : | Examen de confirmation  Analyse de ségrégation familiale  Test fonctionnel  Autres investigations (à préciser) : |

**Coordonnées du laboratoire destinataire :**

|  |  |
| --- | --- |
| Adresse complète du laboratoire pour l’envoi des acides nucléiques |  |
| Prénom et nom du Biologiste en charge de l’examen complémentaire |  |
| Mail du Biologiste |  |
| Tel du Biologiste |  |

**Le résultat de l’examen complémentaire fait l’objet d’un compte rendu d’examen qui doit être envoyé au médecin prescripteur avec copie au biologiste-responsable du LBM SeqOIA**

**A compléter par le LBM SeqOIA au moment de l’envoi**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Prescription ID SPICE : |  | | |
| ID échantillon : |  |  |  |
| Identification tube FluidXTM primaire : |  |  |  |
| Identification tube FluidXTM secondaire : |  |  |  |
| Concentration (ng/µL) : |  |  |  |
| Volume (µL) : |  |  |  |
| GQN : |  |  |  |

**Confirmation réception acides nucléiques** : le laboratoire destinataire envoie un mail confirmant la réception des échantillons ([seqoia@aphp.fr](mailto:seqoia@aphp.fr)) :

Oui

Non