**FORMULAIRE DE TRANSFERT DES ADN EXTRAITS**

**DE FIBROBLASTES CUTANES POUR LES**

**PRE-INDICATIONS APLASIE ET LEUCEMIE AVEC HISTOIRE FAMILIALE**

|  |
| --- |
| **CENTRE EXPERT** |
| **Laboratoire d’Hématologie, hôpital Saint-Louis** |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **IDENTIFICATION DU PATIENT** | | | | | |
| **Nom** |  | **Nom de naissance** |  | ***Espace réservé au LBM SeqOIA*** |
| **Prénom** |  | **Né(e) le** |  |
| **Sexe** ☐ M ☐ F | |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Prescription ID (cf. SPICE) :** | **……………………..** |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **RENSEIGNEMENTS ECHANTILLON** | | | |
| **Date de la biopsie de fibroblastes** | …./…./…….. | | |
| **Date et méthode d’extraction d’ADN** | …./…./……. …..…...…...…...…...…...…...…... | | | |
| **Date et méthode de quantification (**fluorimétrie) | …./…./……. ……………………………………. | | | |
| **Date et méthode de qualification** | …./…./……. ……………………………………. | | | |
| **Identifiant interne de l’ADN** | ……………………………………. | | | |
|  | **Minimum attendu** | | **Obtenu** | |
| **Concentration (ng/μL)** | **WGS :** | **40 ng/µL** | ……………………………………. | |
| **Volume (μL)** | **WGS :** | **50 µL** | ……………………………………. | |
| **Quantité (ng)** | **WGS :** | **2 000 ng** | ……………………………………. | |
| **Qualification (DIN)** | **≥ 7** | | ……………………………………. | |
| **Identification des tubes de transfert FluidX** | **FluidX 0,7 mL** | | **Code 2D ADN WGS:** …………………. | |
| **Température de stockage avant expédition** | *A ne renseigner que si stockage avant expédition* | | ……………………………………. | |