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

**Date de la demande :**

|  |  |
| --- | --- |
| Prescription ID SPICE : |  |
| Identité (nom/prénom) du prescripteur, informé de la demande |  |
| Identité (nom/prénom) du Biologiste ayant signé le compte-rendu d’examen |  |
| Motif | Examen  Analyse de ségrégation familiale  Test fonctionnel  Autres investigations (**à préciser**) : |

**Coordonnées du laboratoire destinataire :**

|  |  |
| --- | --- |
| Adresse complète du laboratoire pour l’envoi des acides nucléiques |  |
| Identité (nom/prénom) du Biologiste en charge de l’investigation complémentaire |  |
| Mail du Biologiste |  |
| Tél du Biologiste |  |

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

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Prescription ID SPICE : |  | | |
| ID échantillon : |  |  |  |
| Identification tube FluidXTM primaire : |  |  |  |
| Identification tube FluidXTM secondaire:  *(si la prescription est en « Validation biologique » ou avant)* |  |  |  |
| Nom, Prénom, Date de naissance : |  |  |  |

**Nous envoyons désormais la totalité des ADN disponibles à SEQOIA *(si la prescription est en statut « CR diffusés »***

**Date de l’envoi : Par :**

**Via le transporteur :**  StarService

GlobeExpress

Autre

**Consigne pour le laboratoire destinataire à réception des échantillons**

Merci d’adresser un mail au laboratoire SeqOIA [seqoia@aphp.fr](mailto:seqoia@aphp.fr) indiquant la conformité de réception des échantillons.