Plateforme de Cytogénétique
UMR 1388-GenPhySE
Ecole Nationale Vétérinaire de Toulouse
23 Chemin des Capelles, BP 87614
31076 Toulouse Cedex 3
Tél : 05.61.19.39.53
labocyto@envt.fr

RECHERCHE DE TRANSLOCATION ROBERTSONIENNE

AUTORISE LA TRANSMISSION DU RESULTAT A L'UPRA ☐

PROPRIETAIRE :

Nom* : __|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

Prénom* : __|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

Adresse* : __|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

Portable : __|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

Tél.* : __|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

Fax* : __|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

E-mail : _____

Chèque joint à l'ordre de l'Agent comptable ENVT ☐

N° d'élevage : ……..

RESPONSABLE DU PRELEVEMENT :

Je soussigné* : |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

Prénom* : |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

Profession* : |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

Adresse : |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|
|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

Certifie avoir vérifié l'identification de l'animal prélevé.

L'identification de l'échantillon et son rattachement à l'animal d'origine sont de la responsabilité du préleveur.
Un problème lié à cette identification ne peut en aucun cas être imputé au laboratoire.

A : |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__| Le*: **……/……/……**
Tél.* : __|__|__|__|__|__|__|__|__|__|
Fax : __|__|__|__|__|__|__|__|__|__|
Tampon et signature* :

ANIMAL :

Nom : |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

Numéro national ou Herd-Book* :

Race*: Sexe* : M F N° de travail ou de station :
Date de naissance* : ……/…../……

Naissance* : simple ☐ gémellaire ☐ Jumeau* : mâle ☐ femelle ☐

En cas de naissance gémellaire de même sexe, le résultat ne peut être garanti à 100%

PERE : Race :……..
Nom : |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|
Numéro Herd-Book

MERE : Race :……..
Nom : |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|
Numéro Herd-Book :

RESERVE AU LABORATOIRE :

Prélèvement : Date culture :……/…../…… N° Tube : N° Labo :

Remarques :

Résultats : **Pas de résultat :** **A REFAIRE** ☐

Présence de translocation 1/29 **SIMPLE** ☐ **DOUBLE** ☐

Présence d'une autre translocation Robertsonienne ☐
Descriptif :

Absence de translocation Robertsonienne ☐

Chimérisme leucocytaire XX/XY ☐

Le Directeur de Laboratoire :

(*) Les champs suivis d'un astérisque sont obligatoires