

Bon de demande Cytogénétique constitutionnelle post-natale

Génétique et oncologie moléculaire

17/19, avenue Tony Garnier - BP 7322 - 69357 Lyon cedex 07

Secrétariat

Tél : 04 72 80 25 77 • Fax : 04 72 80 25 79 - Email : Secretariat.Genetique@biomnis.eurofinseu.com

**Identification de l'hôpital
ou du laboratoire**

Obligatoire
Coller ici votre étiquette d'identification

Date :
Prélèvement de sang total HEPARINE

N° de Correspondant

MÉDECIN PRESCRIPTEUR

N° RPPS* :	
Nom :	Prénom :
Adresse :	
CP : <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Ville :	
Tél. : <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	Fax : <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>

PATIENT(E)

Nom :	Prénom :
Date de naissance** : <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	Sexe : <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M
Adresse :	
CP : <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Ville :	
Tél. : <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
Email :	

INDICATIONS A préciser impérativement

- Retard mental, syndrome dysmorphique, anomalies du développement
A préciser :
- Trouble de la Reproduction - *A préciser :*
- Etudes Familiales - *Joindre le compte-rendu du cas index et degré de parenté*
- Autre - *A préciser :*
- Maladie cassante (Fanconi) - *Joindre le CR de NFS-plaquettes et le contexte clinique :*
.....

ANALYSES

- Caryotype sanguin standard / constitutionnel (CSG)
Prélèvement de sang total hépariné - Code NABM 0901
- Caryotype moléculaire (Puces à ADN - SNP array) (SNPOS)
Prélèvement de sang total sur tube EDTA - HORS NOMENCLATURE
- Analyse chromosomique par hybridation *in situ* (FISH) (FISHN ou FISHM) - Code NABM 903/904/905
A préciser impérativement :

* Champ à remplir obligatoirement

** Si le (la) patient(e) est mineur(e), le consentement doit être donné par les parents.

CONSENTEMENT EN VUE D'UN EXAMEN DES CARACTÉRISTIQUES GÉNÉTIQUES D'UNE PERSONNE

(Conformément aux articles R.1131-4 et R.1131-5 du code de la santé publique).

Je soussigné(e)

 né(e) le

▶ reconnais avoir reçu par le Dr :

les informations sur les examens des caractéristiques génétiques qui seront réalisés afin :

 de confirmer ou d'infirmer le diagnostic d'une maladie génétique en relation avec mes symptômes ;

 de confirmer ou d'infirmer le diagnostic pré-symptomatique d'une maladie génétique ; d'identifier un statut de porteur sain (recherche d'hétérozygote ou d'un remaniement chromosomique) ;

 d'évaluer ma susceptibilité génétique à une maladie ou à un traitement médicamenteux.

▶ Pour cela, je consens :

- au prélèvement qui sera effectué chez moi
- au prélèvement qui sera effectué chez mon enfant mineur ou une personne majeure sous tutelle
- au prélèvement qui sera effectué chez mon fœtus.

Je suis informé(e) que les résultats de l'examen des caractéristiques génétiques me seront transmis par le Docteur sus-nommé dans le cadre d'une consultation individuelle. Si l'examen révèle des résultats autres que ceux recherchés, le Dr sus-nommé déterminera la conduite à tenir lors d'une consultation individuelle.

▶ Si une partie du prélèvement reste inutilisée après examen,

 je consens à ce qu'il puisse être intégré, le cas échéant, à des fins de recherche scientifique. Dans ce cas, l'ensemble des données médicales me concernant seront protégées grâce à une anonymisation totale. En conséquence, je suis conscient que ces études scientifiques effectuées ne seront sans aucun bénéfice ni préjudice pour moi.

Fait à

 le

Signature du patient adulte ou du représentant légal de l'enfant mineur ou du tuteur légal de l'adulte sous tutelle :

ATTESTATION DE CONSULTATION

(Décret n° 2008-321 du 4 avril 2008 - arrêté du 27 mai 2013).

Je soussigné

Docteur en Médecine, conformément aux articles R.1131-4 et R. 1131-5 du code de la santé publique, certifie avoir reçu en consultation ce jour le(la)patient(e) sous-nommé(e) afin de lui apporter les informations sur les caractéristiques de la maladie recherchée, des moyens de la détecter, des possibilités de prévention et de traitement.

Fait à

 le

Signature du médecin :