



MEDECIN PRESCRIPTEUR

Nom :
Prénom :
Adresse :
CP : Ville :
Tél : Fax :

LABORATOIRE D'ANALYSES MÉDICALES

N° de correspondant
Date de prélèvement
Prélèvement sur sang total EDTA
Cachet du laboratoire ou étiquette code barre

Facturation : [X] Laboratoire

PATIENT(E)

Nom : Prénom :
Sexe : [ ] F [ ] M Date de naissance\*
Adresse :
CP : Ville :
Origine géographique\*\* : [ ] Europe/Afrique du Nord [ ] Afrique sub-saharienne et Antilles [ ] Asie [ ] Autres (métisses par ex.) :

\* Si le (la) patient(e) est mineur(e), le consentement doit être donné par les parents.
\*\* Information nécessaire uniquement pour les analyses signalées du [2] ci-dessous.

SIGNE(S) CLINIQUE(S)

NATURE DU PRÉLÈVEMENT - à remplir obligatoirement

[ ] sang EDTA [ ] Autre - préciser :

DEMANDE D'ANALYSE DE GÉNÉTIQUE MOLÉCULAIRE

INDICATIONS : A préciser impérativement (code groupe Biomnis)

- [ ] Alpha-1-antitrypsine (variants S et Z) (A1BM)
[ ] Angelman (syndrome d') (Postnatal : SNRPS / Prénatal : SNRPL)
[ ] Disomie Uniparentale (DUPRE)
[ ] Facteur II (mutation g.20210G>A) (F2M)
[ ] Facteur V Leiden (mutation p.Arg506Glu) (F5L)
[ ] Fièvre méditerranéenne Familiale (FMF) ou maladie périodique (technique par séquençage nouvelle génération) (FMF) : joindre la fiche de renseignements cliniques disponible sur www.biomnis.com
[ ] Génotypage de l'IL-28B (IL28B)
[ ] Gilbert (syndrome de) (polymorphisme UGT1A1\*28) (GILB)
[ ] Hémochromatose : mutation p.Cys282Tyr (HMC)
[ ] Hémochromatose : mutation p.His63Asp (H63D)
[ ] Hémochromatose : mutation p.Ser65Cys (S65C)
[ ] HLA classe I (loci A, B) (HLA1) : [ ] A\*29 [ ] B\*27 [ ] B\*51 [ ] B\*57
[ ] HLA classe II (loci DQ, DR) (HLA2) : [ ] DR4 [ ] DQ2 [ ] DQ8 [ ] DQB1\*0602
[ ] HLA-B\*27 (B27)
[ ] Intolérance au lactose (LCT)
[ ] Microdélétions du chromosome Y (loci AZFa, AZFb et AZFc) (DELY)
[ ] MTHFR (Méthylène tétrahydrofolate réductase variant thermolabile, mutation c.677C>T) (MTHFR)
[ ] Mucoviscidose (CFTR, recherche des mutations les plus fréquentes) (MUCO) : bon spécifique disponible sur www.biomnis.com
[ ] Mucoviscidose (CFTR, génotypage complet par séquençage nouvelle génération (NGS)) (MUCON) : bon disponible sur www.biomnis.com
[ ] Prader-Willi (syndrome de) (Postnatal : SNRPS / Prénatal : SNRPL)
[ ] X fragile (syndrome de l') (XFRA)
[ ] Autres - préciser :

[1] Analyse Hors Nomenclature

[2] Pour ces analyses, l'origine géographique doit être renseignée - cf rubrique "Patient(e)"

ATTESTATION DE CONSULTATION

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

Je soussigné(e) 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 :

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) M. 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 foetus.

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 :