

Joindre à tout prélèvement transmis au laboratoire le consentement du patient et l'attestation de consultation

PATIENT

NOM		Adresse	
Prénom			
Nom de naissance		Code Postal	
Sexe	<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	Ville	
Date de naissance	__/__/____	téléphone	____-____-____

Médecin Prescripteur

NOM		Téléphone	____-____-____
Prénom		Fax	____-____-____
Adresse		CP _____	Ville

INDICATION DU PRELEVEMENT

<input type="checkbox"/> Retard psychomoteur	Précisions:
<input type="checkbox"/> Syndrome malformatif (préciser)	
<input type="checkbox"/> Trouble de la reproduction (préciser)	
<input type="checkbox"/> Suspicion d'anomalie des gonosomes (préciser)	
<input type="checkbox"/> Etude familiale (joindre le résultat du cas index et renseigner le degré de parenté)	
<input type="checkbox"/> Autre (préciser)	

NATURE DU PRELEVEMENT et de L'ANALYSE CYTOGENETIQUE (sang sur tube héparinate sans gel séparateur)

Nombre de tubes:	Volume total:	ml	Précisions:
Date du prélèvement :	__/__/____		
Heure du prélèvement:	__ h __ min		
Lieu du prélèvement:			
<input type="checkbox"/> Caryotype			
<input type="checkbox"/> Recherche de syndrome microdélétionnel / microduplicationnel par FISH (préciser)			
<input type="checkbox"/> Recherche d'autre anomalie par FISH (préciser)			
<input type="checkbox"/> Recherche d'une mosaïque sur sang (préciser)			

RENSEIGNEMENTS CLINIQUES

Fiche technique pour les prélèvements de cytogénétique constitutionnelle postnatale

La prescription d'un caryotype sanguin est une prescription d'un examen des caractéristiques génétiques d'une personne, réglementée par les articles R.1131-4 et R.1131-5 du code de la santé publique.

L'établissement d'un caryotype a pour but de détecter les anomalies chromosomiques grâce à des techniques microscopiques (techniques de bandes ou techniques d'hybridation *in situ* en fluorescence) afin d'établir un diagnostic biologique et d'assurer un conseil génétique. Ces anomalies peuvent être de nombre (plus ou moins de 46 chromosomes), de structure (modification dans la succession de plusieurs locus) ou de réparation (cassures chromosomiques).

**Pour en assurer la prise en charge réglementaire et qualitative,
Merci de respecter ces pré-requis indispensables**

A défaut, nous pourrions être amenés à refuser l'échantillon

1. Prélèvement

- ✓ Inutile d'être à jeun
- ✓ Volume : 2 tubes de sang total chez l'adulte, 3 à 5 ml de sang total chez l'enfant, 2 ml chez le nourrisson
- ✓ Tube : vacutainer hépariné (lithium ou sodium) **sans gel séparateur**
- ✓ **Conservation et acheminement à température ambiante (environ 15-25°C)**
- ✓ Acheminement au laboratoire dans les 24 à 48 heures avec une réception du lundi au samedi matin
- ✓ Ne pas centrifuger
- ✓ Ne pas congeler

Résultats transmis sous 3 semaines (sauf urgence)

2. Administratif

Tout prélèvement doit être accompagné

- ✓ Du **consentement du patient et de l'attestation de consultation** en vue d'examen des caractéristiques génétiques d'un individu **complété, daté et signé** par le médecin prescripteur et le patient ou son représentant légal
- ✓ De la prescription médicale, **avec l'indication**
- ✓ Des résultats de l'analyse cytogénétique du cas index en cas d'étude familiale
- ✓ Des renseignements cliniques pertinents (bon d'examen de cytogénétique post-natale disponible)

3. Pour la prise en charge

Joindre :

- ✓ Les renseignements de sécurité sociale et de mutuelle
- ✓ Le bon de commande si le patient est hospitalisé

4. Coordonnées du laboratoire

Laboratoire de Cytogénétique, laboratoire ABO +
3 rue Pr. Alexandre Minkowski
37170 CHAMBRAY LES TOURS

Tel : 02 47 74 35 90 - Fax : 02 47 74 65 12 - Mail : cytogenetique@laboplus.fr

<http://www.laboplus.fr/>

Horaires du secrétariat : 7h15 à 18h du lundi au vendredi
7h15 à 12h30 le samedi

1. Faire parvenir une copie à envoyer au Laboratoire avec le prélèvement
2. Conserver une copie dans le dossier médical

Attestation de consultation individuelle

Conformément aux conditions définies par les articles R.1131-4 et R.1131-5 du décret n° 2008-321 du code de la santé publique :

Je soussigné, Docteur....., certifie avoir reçu en consultation ce jour le (la) patient(e) sous-nommé(e) , lui avoir apporté(e) les informations nécessaires sur les caractéristiques de la maladie recherchée, des moyens de la détecter, des possibilités de prévention et de traitement et avoir recueilli son consentement éclairé.

Fait à, le __ / __ / ____

Signature du médecin :	Coordonnées ou tampon :
------------------------	-------------------------

Consentement pour la réalisation d'examens des caractéristiques génétiques d'une personne

Conformément aux conditions définies par les articles R.1131-4 et R.1131-5 du décret n° 2008-321 du code de la santé publique :

Je soussigné(e) né(e) le __ / __ / ____

Demeurant à

Atteste avoir reçu du Docteur 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 dans le cas d'une enquête familiale (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 : né(e) le __ / __ / ____
- au prélèvement qui sera effectué chez mon fœtus mort

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.

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