

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

A acheminer dans les sachets Violets Génétique HUMAINE Laborizon Centre (TR)

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

MALADIE THROMBO-EMBOLIQUE : RECHERCHE DE MUTATION FACTEUR V LEIDEN / FACTEUR II ALLÈLE 20210A		
Mutation(s) recherchée(s) :	<input type="checkbox"/> Facteur V leiden	<input type="checkbox"/> FII 20210A
Renseignements cliniques:		
<input type="checkbox"/> Embolie pulmonaire	<input type="checkbox"/> TVP distale	
<input type="checkbox"/> Autre thrombose veineuse (cérébrale, mésentérique...)	<input type="checkbox"/> TVP proximale	
<input type="checkbox"/> Accident survenue avant 60 ans	<input type="checkbox"/> Autre (préciser):	
<input type="checkbox"/> Antécédent familial de thrombose veineuse		
<input type="checkbox"/> Traitement anticoagulant en cours. Si oui, préciser:		
Etude familiale , préciser (joindre CR résultat du cas index) :		

HÉMOCHROMATOSE: RECHERCHE D'UNE ANOMALIE MOLÉCULAIRE DANS LE GÈNE HFE			
Mutation(s) recherchée(s) :	<input type="checkbox"/> C282Y*	<input type="checkbox"/> H63D (hors nomenclature)	<input type="checkbox"/> S65C (hors nomenclature)
Renseignements cliniques:			
<input type="checkbox"/> Douleurs articulaires	<input type="checkbox"/> Diabète		
<input type="checkbox"/> Asthénie chronique	<input type="checkbox"/> Autre, préciser:		
Etude familiale , préciser (joindre CR résultat du cas index) :			
*l'analyse génétique de la mutation C282Y est prise en charge en cas d'hyperferritinémie associée à une augmentation du coefficient de saturation de la transferrine (>45%) à 2 reprises ou en cas d'étude familiale. En dehors de ce cadre réglementaire, il s'agit d'une analyse hors nomenclature.			

MUCOVISCIDOSE – CFTR – RECHERCHE DES 88 MUTATIONS LES PLUS FRÉQUENTES	
Indication clinique	
<input type="checkbox"/> Suspicion clinique de mucoviscidose , préciser (joindre CR des explorations):	
<input type="checkbox"/> Infertilité	<input type="checkbox"/> Assistance Médicale à la Procréation
<input type="checkbox"/> Signe d'appel échographique Fœtal (joindre le CR)	
<input type="checkbox"/> Enquête familiale, préciser (joindre CR résultat du cas index) :	

MICRODÉLÉTION DU CHROMOSOME Y (HN)
<input type="checkbox"/> Loci AZFa, AZFb, AZFc, renseignements cliniques (joindre résultat du spermogramme):

Pour tout autre demande, contacter le laboratoire

X FRAGILE (transmis)
<input type="checkbox"/> Anomalie du développement
<input type="checkbox"/> Insuffisance ovarienne prématurée: - AMH: _____

A acheminer dans les sachets Verts Génétique HUMAINE Laborizon Centre (TA)

PPT-X-012-V03 - Septembre 2021

T-PRA-SEL-PREL-E020-V02 Date d'application: 14/06/2021 page 1 sur 1

LABORIZON CENTRE - BIOGROUP

3-19 rue Alexandre Minkowski – 37175 Chambray-lès-Tours

Secteur GENETIQUE HUMAINETél : 02.47.74.35.90 Fax : 02 47 74 65 12 www.laboplus.fr

Secteur cytogénétique	cytogenetique.abo@biogroup.fr
Secteur biologie moléculaire	biologiemoleculaire.abo@biogroup.fr
Docteur Mélanie JIMENEZ	melanie.jimenez@biogroup.fr
Docteur Agathe PAUBEL	agathe.paubel@biogroup.fr

Conditions Réglementaires

La prescription d'un examen de génétique constitutionnelle post-natale 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.

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 de demande d'examen disponible)

Prélèvements de CYTOGENETIQUE

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

Prélèvements de GENETIQUE MOLECULAIRE

- ✓ Inutile d'être à jeun
- ✓ Tube : **EDTA**
- ✓ Volume : 2 tubes de sang total chez l'adulte, 3 à 5 ml de sang total chez l'enfant, 2 ml chez le nourrisson
- ✓ **Conservation et acheminement à température réfrigérée (environ 4-8°C)**
Sachets Violets Génétique HUMAINE Laborizon Centre
- ✓ Acheminement au laboratoire dans les 24 à 48 heures avec une réception du lundi au samedi matin
- ✓ Ne pas centrifuger. Ne pas congeler

NOMENCLATURE

Selon nomenclature NABM en vigueur. Détail sur le site www.laboplus.fr

Nous attirons votre attention que certains examens ne sont pas à la nomenclature NABM et peuvent être référencés sur le référentiel RIHN

La facturation sera imputée à l'établissement prescripteur ou transmetteur.

PPT-X-012-V03 - Septembre 2021

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 foetus 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 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 :