

Prescription d'un examen de génétique moléculaire post natale

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

À remplir au verso

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:		
Bilan biologique, date:			
<input type="checkbox"/> Ferritinémie:	<input type="checkbox"/> Coefficient de saturation de la transferrine (dosage 1):		
<input type="checkbox"/> Perturbation du bilan hépatique, préciser:	<input type="checkbox"/> Coefficient de saturation de la transferrine (dosage 2):		
Etude familiale , préciser (joindre CR résultat du cas index) :			
<small>*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. En dehors de ce cadre réglementaire, il s'agit d'une analyse hors nomenclature.</small>			

MUCOVISCIDOSE – CFTR – RECHERCHE DES 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
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):

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

Pour tout autre demande, contacter le laboratoire

B1.SEL.PREL.IMP.020 V01 Date d'application: 24/07/2017

Laboratoire de Génétique ABO + - Docteurs Jean BARAUD, Mélanie JIMENEZ-POCQUET, Agathe PAUBEL et Sandra REGINA
3 et 19 rue Pr. Alexandre Minkowski - 37170 CHAMBRAY-LES-TOURS
Tel : 02 47 74 35 90 - Fax : 02 47 74 65 12 - Mail : cytogenetique@laboplus.fr

Fiche technique pour les prélèvements de génétique moléculaire postnatale

La prescription d'un examen de génétique constitutionnelle 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.

**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 : EDTA
- ✓ **Conservation et acheminement à température réfrigérée (environ 4-8°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 génétique du cas index en cas d'étude familiale
- ✓ Des renseignements cliniques pertinents (bon d'examen de génétique moléculaire 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 Génétique, laboratoire ABO +
3 et 19 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 :