



MEDECIN PRESCRIPTEUR

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

LABORATOIRE D'ANALYSES MÉDICALES

N° de correspondant
.....

Cachet du laboratoire ou
étiquette code barre

Date de prélèvement
.....

Prélèvement sur sang total
EDTA

Facturation : Laboratoire

PATIENT(E)

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

NATURE DU PRÉLÈVEMENT - à remplir obligatoirement

sang EDTA Autre - préciser :

DEMANDE D'ANALYSE DE GÉNÉTIQUE MOLÉCULAIRE

INDICATIONS : A préciser impérativement

- Alpha 1- antitrypsine (séquençage du gène SERPINA1)^[1]
- Alpha 1- antitrypsine (variants S et Z)
- Angelman (syndrome d')
- Disomie Uniparentale
- Facteur II (mutation g.20210G>A)
- Facteur V Leiden (mutation p.Arg506Glu)
- Fièvre méditerranéenne Familiale (FMF) ou maladie périodique (technique par séquençage nouvelle génération)^{[1][2]} : joindre la fiche de renseignements cliniques disponible sur www.biomnis.com
- Génotypage de l'IL-28B^[1]
- Hémochromatose : mutation p.Cys282Tyr (C282Y)
- Hémochromatose : mutation p.His63Asp (H63D)^[1]
- Hémochromatose : mutation p.Ser65Cys (S65C)^[1]
- HLA classe I (loci A, B)^[2] :
 - A*29 B*27 B*51 B*57
- HLA classe II (loci DQ, DR)^[2] :
 - DR4 DQ2 DQ8 DQB1*0602
- HLA-B*27^{[1][2]}
- Intolérance au lactose^[1]
- Locus SRY^[1]
- Microdélétions du chromosome Y (loci AZFa, AZFb et AZFc)^[1]
- MTHFR (Méthylène tétrahydrofolate réductase variant thermolabile, mutation c.677C>T)^[1]
- Mucoviscidose (CFTR, recherche des mutations les plus fréquentes)^[2] : bon spécifique disponible sur www.biomnis.com
- Mucoviscidose (CFTR, génotypage complet par séquençage nouvelle génération (NGS))^{[1][2]} : bon disponible sur www.biomnis.com
- Prader-Willi (syndrome de)
- X fragile (syndrome de l')
- 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.....
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 :