



DEMANDE DE RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES POUR DES EXAMENS DE CYTOGÉNÉTIQUE ET/OU GÉNÉTIQUE MOLECULAIRE

LABORATOIRE LEFAURE - PETIT

11 Chemin de la Belle au Bois Dormant 88000 EPINAL Tél : 03.29.68.04.04 Fax : 03.29.68.49.59

Responsables : Dr G. LEFAURE - Dr V. PETIT - Dr C. PETIT

Vous nous avez fait parvenir une demande concernant un examen cytogénétique et / ou de génétique moléculaire. Merci de compléter cette fiche de renseignements.

IDENTITE DU PATIENT(E)

NOM : Sexe F M

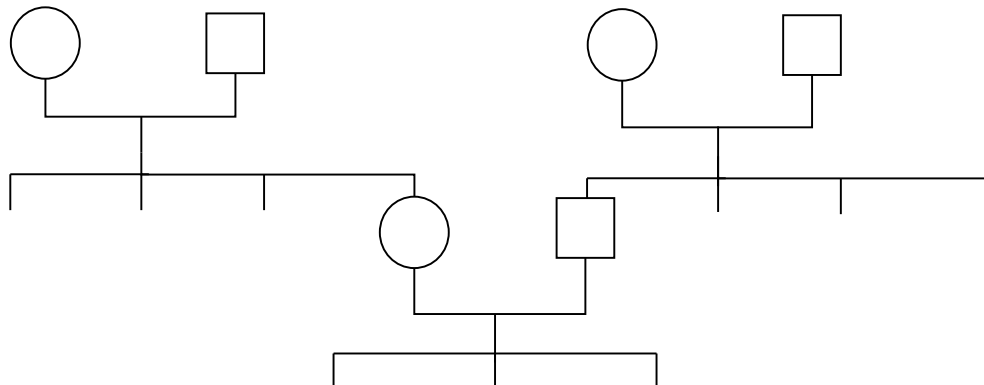
Prénom : Date de Naissance :

DEMANDE D'ANALYSE DE CYTOGÉNÉTIQUE

- Caryotype standard** : Indications
- Retard mental, syndrome dysmorphique (préciser)
 - Trouble de la Reproduction (préciser) :
 - Suspicion d'Anomalie des gonosomes (préciser) :
 - Etude Familiale (joindre le compte-rendu du cas index et degré de parenté)
 - Autres (préciser) :
- Recherche de Microdélétion par hybridation in situ (préciser) :**

DEMANDE D'ANALYSE DE GÉNÉTIQUE MOLECULAIRE

- Bilan de thrombophilie**
- Mutation du facteur V
 - Mutation du facteur II
 - Préciser si cas index ou apparenté :
- Mucoviscidose** : stérilité
- Diagnostic (patient atteint, intestin hyperéchogène pour la grossesse en cours...)
 - Apparenté (Cf arbre généalogique + joindre le compte rendu)
- Hémochromatose (C282Y, H63D, S65C)**
- Cas index : préciser le coefficient de saturation
 - Apparenté (Cf arbre généalogique + joindre compte rendu)
- X Fragile** : Suspicion
- Cas familial (Cf arbre généalogique + joindre compte rendu)
 - Ménopause précoce
- Microdélétion Y**
- Autres (préciser)**





LABORATOIRES AGRÉÉS

TRISOMIE 21

GÉNÉTIQUE

FIV

IDENTIFICATION du PATIENT (étiquette)	IDENTITE du REPRESENTANT LEGAL (Si mineur ou majeur sous TUTELLE)
	Nom : _____ Prénom : _____
	Date de naissance : _____ Lien avec le patient : _____

Consentement du patient pour l'examen des caractéristiques génétiques d'une personne et la conservation des échantillons dans une banque d'ADN ou un centre de ressources biologiques

Je soussigné(e), sus nommé, reconnais avoir été informé(e) par le Dr.....quant aux examens des caractéristiques génétiques qui seront réalisés à partir :

- Du (des) prélèvement(s) pratiqué(s) sur moi-même
- Du (des) prélèvement(s) pratiqué(s) sur mon enfant mineur ou sur la personne placée sous tutelle

Pour (préciser obligatoirement le nom de la pathologie ou l'indication de l'examen) :

Je reconnais avoir reçu l'ensemble des informations permettant la compréhension de cet examen et sa finalité.

Le résultat de l'examen me sera rendu et expliqué en l'état actuel des connaissances par le médecin qui me l'a prescrit. Ce dernier m'expliquera les moyens de prise en charge nécessaire le cas échéant.

J'autorise, dans le respect du secret médical :

la transmission des informations de mon/son dossier médical nécessaires aux médecins concernés par l'examen des caractéristiques génétiques.

l'utilisation des résultats au profit des membres de ma famille si ces résultats montrent des caractéristiques qui apparaissent médicalement utiles pour eux.

la conservation d'un échantillon de matériel génétique issu de mes/ses prélèvements et son utilisation ultérieure pour poursuivre les investigations dans le cadre de cette même démarche diagnostique, en fonction de l'évolution des connaissances.

la conservation des données utiles à la gestion de la démarche diagnostique et de mon/son dossier dans des bases de données informatiques déclarées à la CNIL

J'ai compris que si une anomalie grave était mise en évidence, je devrais favoriser la transmission de cette information au reste de ma famille. J'ai été averti que mon silence pouvait leur faire courir des risques ainsi qu'à leur descendance, dès lors que des mesures de prévention, y compris de conseil génétique ou de soins peuvent être proposées. Ainsi, lors du rendu des résultats, je devrais choisir entre :

- assurer moi-même cette diffusion d'information génétique aux membres de ma famille.
- autoriser le médecin prescripteur à cette diffusion d'information génétique aux membres de ma famille. Dans ce cas, je lui communiquerai leurs coordonnées.

Des informations génétiques sans lien direct avec ma pathologie mais pouvant avoir un impact sur ma santé ou celle de mes enfants peuvent être mises à jour.

- Je souhaite que mon médecin me tienne informé(e)
- Je refuse que mon médecin partage ces informations avec moi

La partie de mon prélèvement non utilisée dans le cadre de la démarche diagnostique peut être importante pour la communauté scientifique à des fins de recherche biomédicale.

- J'autorise le stockage de mon prélèvement et son utilisation pour la recherche
- Je n'autorise pas son utilisation pour la recherche

Conformément aux dispositions de la loi relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, je dispose d'un droit d'accès et de rectification par l'intermédiaire du Dr.....

Fait à :

le :

Signature :

Rappel de la législation : loi n° 2001-800 du 6 août 2004, loi n° 2011-814 du 7 juillet 2011, arrêté du 27 mai 2013, décret n° 2013-527 du 20 juin 2013

Attestation de consultation du médecin prescripteur

Je certifie avoir informé le (ou la) patient(e) sus nommé(e) ou son tuteur légal sur les caractéristiques de la maladie recherchée, les moyens de la détecter, les possibilités de prévention et de traitement, et avoir recueilli le consentement du (ou de la) patient(e) dans les conditions prévues par le code de la santé publique (articles n°R1131-4 et 5)

Signature et cachet du médecin :