

**Génétique et oncologie moléculaire**

Tél : 04 72 80 25 78 • Fax : 04 72 80 25 79  
Email : genetique-oncologie@eurofins.com

**Facturation**

Laboratoire

**N° de Correspondant**

Date : \_\_\_\_\_  
Prélèvement sur sang total EDTA

**MÉDECIN PRESCRIPTEUR**

Nom : ..... Prénom : .....  
Adresse : .....  
CP : \_\_\_\_\_ Ville : ..... Pays : .....  
Tél. : \_\_\_\_\_ Fax : \_\_\_\_\_

Cachet  
du prescripteur

Cachet ou étiquette code barre  
de l'hôpital ou du laboratoire

**PATIENT(E)**

Nom : ..... Prénom : .....  
Date de naissance\* : \_\_\_\_\_ Sexe :  F  M  
Adresse : .....  
CP : \_\_\_\_\_ Ville : .....  
Pays : ..... Tél. : \_\_\_\_\_

Origine géographique\*\* :  Europe/Afrique du Nord  Afrique sub-saharienne et Antilles  
 Asie  Autres (métisses par ex.) : .....

\* Si le (la) patient(e) est mineur(e), le consentement doit être donné par les titulaires de l'autorité parentale.  
\*\* Information nécessaire uniquement pour les analyses signalées du [2] ci-dessous.

**SIGNE(S) CLINIQUE(S)**

**NATURE DU PRÉLÈVEMENT - A remplir obligatoirement**

Sang EDTA  Autre - A préciser : .....

**DEMANDE D'ANALYSE DE GÉNÉTIQUE MOLÉCULAIRE**

**INDICATIONS : A préciser impérativement (code groupe Biomnis) ↓**

- Alpha-1-antitrypsine (variants S et Z) (A1BM)
- Angelman (syndrome d') (Postnatal : SNRPS / Prénatal : SNRPL)
- Disomie Uniparentale (DUPRE)
- Facteur II (mutation g.20210G>A) (F2M)
- Facteur V Leiden (mutation p.Arg506Glu) (F5L)
- Fièvre méditerranéenne Familiale (FMF) ou maladie périodique (technique par séquençage nouvelle génération)<sup>[1][2]</sup> (FMF) :  
Joindre la fiche de renseignements cliniques disponible sur [www.eurofins-biomnis.com](http://www.eurofins-biomnis.com)
- Génotypage de l'IL-28B<sup>[1]</sup> (IL28B)
- Génotypage RHD (BMGR1)
- Gilbert (syndrome de) (polymorphisme UGT1A1\*28) (GILB)
- Hémochromatose : mutation p.Cys282Tyr (HMC) :  remboursé<sup>[3]</sup>  non remboursé
- Hémochromatose : mutation p.His63Asp<sup>[1]</sup> (H63D)
- Hémochromatose : mutation p.Ser65Cys<sup>[1]</sup> (S65C)
- HLA classe I (loci A, B)<sup>[2]</sup> (HLA1) :  A\*29  B\*27  B\*51  B\*57
- HLA classe II (loci DQ, DR)<sup>[2]</sup> (HLA2) :  DR4  DQ2  DQ8  DQB1\*0602
- HLA-B\*27<sup>[1][2]</sup> (B27)
- Intolérance au lactose<sup>[1]</sup> (LCT)
- Microdélétions du chromosome Y (loci AZFa, AZFb et AZFc)<sup>[1]</sup> (DELY)
- MTHFR (Méthylène tétrahydrofolate réductase variant thermolabile, mutation c.677C>T)<sup>[1]</sup> (MTHFR)
- Mucoviscidose (CFTR, recherche des mutations les plus fréquentes)<sup>[2]</sup> (MUCO) :  
bon spécifique disponible sur [www.eurofins-biomnis.com](http://www.eurofins-biomnis.com)
- Mucoviscidose (CFTR, génotypage complet par séquençage nouvelle génération (NGS))<sup>[1][2]</sup> (MUCON) : bon spécifique disponible sur [www.eurofins-biomnis.com](http://www.eurofins-biomnis.com)
- Prader-Willi (syndrome de) (Postnatal : SNRPS / Prénatal : SNRPL)
- X fragile (syndrome de l') (Postnatal : XFRA / Prénatal : XFRAP)
- Autres - préciser : .....

[1] Analyse Hors Nomenclature [2] Pour ces analyses, l'origine géographique doit être renseignée - Cf. rubrique "Patient(e)"  
[3] Coefficient de saturation de la transferrine > 45 % ou antécédents d'apparenté au 1<sup>er</sup> degré homozygote C282Y - se référer aux indications du JO du 22 juin 2017

**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) .....  
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 fœtus.

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 ou des titulaires de l'autorité parentale de l'enfant mineur ou du tuteur du majeur sous tutelle :

**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 :