eurofins | Biomnis

# Bon de demande
# Cytogénétique constitutionnelle post-natale

**Génétique et oncologie moléculaire**
Tél : 04 72 80 25 77 • Fax : 04 72 80 25 79 - Email : Secretariat.Genetique@biomnis.eurofinseu.com

**Identification de l'hôpital ou du laboratoire**

Obligatoire
Coller ici votre étiquette d'identification

**Date de prélèvement :** |_|_| |_|_| |_|_|

**N° de Correspondant**

## INFORMATIONS OBLIGATOIRES SI FACTURATION TIERS PAYANT

****Renseigner obligatoirement les champs Sécurité Sociale et mutuelle ci-dessous*
(informations disponibles sur l'attestation de droits à l'Assurance maladie)

Organisme de rattachement sécurité sociale*** : |_|_| |_|_|_| |_|_|_| Code gestion*** : |_|_|
N° de sécurité sociale*** : |_|_| |_|_| |_|_| |_|_| |_|_| |_|_| |_|_|
Informations mutuelle*** : Nom de la mutuelle : .....
N° AMC (Assurance Maladie Complémentaire) : ..... N° adhérent : .....

## MÉDECIN PRESCRIPTEUR

N° RPPS* : .....
Nom : ..... Prénom : .....
Adresse : .....
CP : |_|_|_|_|_| Ville : .....
Tél. : |_|_| |_|_| |_|_| |_|_| |_|_| Fax : |_|_| |_|_| |_|_| |_|_| |_|_|

Cachet du prescripteur

## PATIENT(E)

Nom : ..... Prénom : .....
Date de naissance** : |_|_| |_|_| |_|_|_|_| Sexe : ☐ F ☐ M
Adresse : .....
CP : |_|_|_|_|_| Ville : .....
Tél. : |_|_| |_|_| |_|_| |_|_| |_|_|
Email : .....

## ANALYSE (code analyse) ET INDICATION *Cocher l'analyse souhaitée et son indication*

☐ **Analyse chromosomique par hybridation in situ** (FISH) (**FISHN ou FISHM**)
Code NABM 0903/0904/0905

☐ **Caryotype sanguin standard / constitutionnel (CSG)**
Prélèvement de sang total hépariné
Code NABM 0901

☐ Retard mental, syndrome dysmorphique, anomalies du développement
*Préciser :* .....
☐ Trouble de la reproduction - *Préciser :* .....
☐ Etudes familiales - *Joindre le CR du cas index et degré de parenté*
☐ Maladie cassante (Fanconi) - *Joindre le CR de NFS-plaquettes et le contexte clinique*
☐ Autre - *Préciser :* .....

☐ **Caryotype moléculaire** (ACPA - Puces à ADN - SNP-array) (**SNPOS**)
Prélèvement de sang total sur tube EDTA - Code NABM 1004

| En première intention | En seconde intention<br>Examen antérieur à préciser : ..... |
|---|---|
| ☐ Trouble du neurodéveloppement<br>*Préciser :* .....<br>☐ Epilepsie<br>☐ Syndrome polymalformatif<br>*Préciser :* ..... | ☐ Anomalies de la croissance - *Préciser :* .....<br>☐ Malformation isolée - *Préciser :* .....<br>☐ Hypotonie néonatale<br>☐ Contrôle de CNV détecté par une autre technique *(joindre le CR)*<br>☐ Caractérisation d'un remaniement chromosomique identifié par un caryotype *(joindre le CR)*<br>☐ Etude familiale *(joindre le CR du cas index)* |

☐ Autre indication (Hors nomenclature) - *Préciser :* .....

## 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 adulte ou du représentant légal de l'enfant mineur ou du tuteur légal de l'adulte 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 ducode 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 :**

** Champ à remplir obligatoirement* *** Si le (la) patient(e) est mineur(e), le consentement doit être donné par les parents.*