eurofins | Biomnis

Bon de demande

Cytogénétique constitutionnelle post-natale

Cytogénétique constitutionnelle Paris
37, rue Boulard
75014 Paris

Secrétariat
Tél : 01 44 12 59 14 • Fax : 01 44 12 59 17
Email : SecretariatCytogenetique@eurofins-biomnis.com

Génétique et oncologie moléculaire
17/19, avenue Tony Garnier - BP 7322
69357 Lyon cedex 07

Secrétariat
Tél : 04 72 80 25 78 • Fax : 04 72 80 25 79
Email : SecretariatGenetique@eurofins-biomnis.com

Identification de l'hôpital ou du laboratoire

Obligatoire
Coller ici votre étiquette d'identification

Date : |__|__| |__|__| |__|__|
Prélèvement de sang total HEPARINE

N° de Correspondant

MÉDECIN PRESCRIPTEUR

Nom : ..... Prénom : .....
Adresse : .....
CP : |__|__|__|__|__| Ville : .....
Tél. : |__|__| |__|__| |__|__| |__|__| |__|__| Fax : |__|__| |__|__| |__|__| |__|__| |__|__|

Cachet du prescripteur

PATIENT(E)

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

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

INDICATIONS *A préciser impérativement*

☐ Retard mental, syndrome dysmorphique, anomalies du développement
A préciser : .....

☐ Trouble de la Reproduction - *A préciser* : .....

☐ Etudes Familiales - *Joindre le compte-rendu du cas index et degré de parenté*

☐ Autre - *A préciser* : .....

☐ Maladies cassante - *A préciser* : .....

ANALYSES

☐ Caryotype sanguin standard / constitutionnel (CSG)
Prélèvement de sang total hépariné - Code NABM 902

☐ Caryotype moléculaire (Puces à ADN - SNP array) **(SNPOS)**
Prélèvement de sang total sur tube EDTA - **HORS NOMENCLATURE**

☐ Recherche de Microdélétion par hybridation *in situ* (FISH) **(RCPOS)** Code NABM : 903/904/905
A 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 :