

Bon de demande Evaluation pharmacogénétique du gène ABCB1

Département de Génétique moléculaire

Tél. : 04 72 80 25 78 - Fax : 04 72 80 25 79

Lundi - Vendredi : 07h15 - 17h30

N° de Correspondant

Date de prélèvement :

____|____|____|____|____|____|____|____|

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

**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 :

PRESCRIPTEUR

Nom : Prénom :

Adresse :

CP : ____|____|____| Ville : Pays :

Tél. : ____|____|____|____|____|____|____|____| Fax : ____|____|____|____|____|____|____|____|

PATIENT(E)

Nom : Prénom :

Nom de naissance :

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 parents.

NATURE DU PRÉLÈVEMENT - A remplir obligatoirement

Sang EDTA

DEMANDE D'ANALYSE

Génotypage ABCB1

CONTEXTE CLINIQUE

A préciser :

.....

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 :