

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

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 :

.....

.....

.....

.....

.....

.....

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 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 :