eurofins | Biomnis

DIVISION INTERNATIONALE
Tél. : **+33 (0)4 72 80 23 85** • Fax : **+33 (0)4 72 80 73 56**
E-mail : **international@biomnis.eurofinseu.com**

Bon de demande
Génétique moléculaire de l'infertilité

N° de Correspondant

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

MÉDECIN PRESCRIPTEUR

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

Cachet du prescripteur

PATIENT(E)

N° Identifiant Patient Permanent* : |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|
Nom* : .....Prénom* : .....
Nom de naissance* : .....
Date de naissance*/** : |_|_|_|_|_|_|_|_|_| Sexe* : ☐ F ☐ M
Adresse* : .....
CP* : |_|_|_|_|_| Ville* : .....
Pays* : ..... Tél.* : |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|
Email* : .....

**Champs obligatoires*
***Si le (la) patient(e) est mineur(e), le consentement doit être donné par les titulaires de l'autorité parentale.*

SIGNE(S) CLINIQUE(S) - *A remplir obligatoirement*

.....

Date de prélèvement : |_|_|_|_|_|_|_|_|
Nature de prélèvement : .....

DEMANDE D'ANALYSE

☐ Génotypage KIR (KIR) ☐ HLA-C (HLA de classe I, gène C) (HLC)

CONJOINT(E) DU/DE LA PATIENT(E)

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

**Champs obligatoires*
***Si le (la) patient(e) est mineur(e), le consentement doit être donné par les titulaires de l'autorité parentale.*

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, ceux de mon enfant mineur ou ceux de la personne majeure sous tutelle pour laquelle je suis le représentant légal ;*
☐ *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 la 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 pour laquelle je suis le représentant légal*

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 :

B111-INTFR - Juillet 2024