

DIVISION INTERNATIONALE

Tél. : +33 (0)4 72 80 23 85 • Fax : +33 (0)4 72 80 73 56
E-mail : serviceexport@eurofins-biomnis.com

N° de Correspondant

Date : _____
Prélèvement sur sang total EDTA

MÉDECIN PRESCRIPTEUR

Nom : _____ Prénom : _____
Adresse : _____
CP : _____ Ville : _____ Pays : _____
Tél. : _____ Fax : _____

Cachet
du prescripteur

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

PATIENT(E)

Nom : _____ Prénom : _____
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 titulaires de l'autorité parentale.

** Information nécessaire uniquement pour les analyses signalées du [1] ci-dessous.

SIGNE(S) CLINIQUE(S)

NATURE DU PRÉLÈVEMENT - A remplir obligatoirement

Sang EDTA Autre - A préciser : _____

DEMANDE D'ANALYSE DE GÉNÉTIQUE MOLÉCULAIRE

INDICATIONS : A préciser impérativement (code groupe Biomnis) ▾

- ABCB1 (identification des variants rs2032583 et rs2235015) (ABCB1)
- Alpha-1-antitrypsine (variants S et Z) (A1BM)
- Angelman (syndrome d') (Postnatal : SNRPS / Prénatal : SNRPL)
- Disomie Uniparentale (DUPRE)
- Exome^[1] (EXOME) : bon spécifique disponible sur www.eurofins-biomnis.com
- Facteur II (mutation g.20210G>A) (F2M)
- Facteur V Leiden (mutation p.Arg506Glu) (F5L)
- Fièvre méditerranéenne Familiale (FMF) : étude du gène MEFV^[1] (FMF)
Joindre la fiche de renseignements cliniques disponible sur www.eurofins-biomnis.com
- Génotypage de l'IL-28B (IL28B)
- Génotypage RHD (BMGR1)
- Gilbert (syndrome de) (polymorphisme UGT1A1*28) (GILB)
- Hémochromatose : mutation p.Cys282Tyr (HMC)
- Hémochromatose : mutation p.His63Asp (H63D)
- Hémochromatose : mutation p.Ser65Cys (S65C)
- HLA classe I (loci A, B)^[1] (HLA1) : A*29 B*27 B*51 B*57
- HLA classe II (loci DQ, DR)^[1] (HLA2) : DR4 DQ2 DQ8 DQB1*0602
- HLA-B*27^[1] (B27)
- Intolérance au lactose (LCT)
- Microdélétions du chromosome Y (loci AZFa, AZFb et AZFc) (DELY)
- MTHFR (Méthylène tétrahydrofolate réductase variant thermolabile, mutation c.677C>T) (MTHFR)
- MTHFR (Méthylène tétrahydrofolate réductase, mutation c.1298A>C) (MTHF2)
- Mucoviscidose (CFTR, recherche des mutations les plus fréquentes)^[1] (MUCO) :
bon spécifique disponible sur www.eurofins-biomnis.com
- Mucoviscidose (CFTR, génotypage complet par séquençage nouvelle génération (NGS))^[1] (MUCON) : bon spécifique disponible sur www.eurofins-biomnis.com
- Prader-Willi (syndrome de) (Postnatal : SNRPS / Prénatal : SNRPL)
- Sanger : nous contacter (9220)
- X fragile (syndrome de l') (Postnatal : XFRA / Prénatal : XFRAP)
- Autres - préciser : _____

[1] Pour ces analyses, l'origine géographique doit être renseignée - Cf. rubrique "Patient(e)"

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 :