

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 :   
Nom de naissance :   
Date de naissance\* :  Sexe : ☐ F ☐ M  
Adresse :   
CP :  Ville :   
Pays :  Tél. : 

\* 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 DU PRÉLÈVEMENT - A remplir obligatoirement

☐ Sang EDTA ☐ Autre - A préciser : 

## DEMANDE D'ANALYSE DE GÉNÉTIQUE MOLÉCULAIRE

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Alpha-1-antitrypsine (variants S et Z) (A1BM)   | <input type="checkbox"/> HLA classe I - Génompage HLA-C (HLCT)   |
| <input type="checkbox"/> Amylose héréditaire à transthyréline :<br>Etude du gène TTR <sup>1</sup> (TTR)  | <input type="checkbox"/> HLA classe I (loci A, B) (HLA1) :<br><input type="checkbox"/> A*29 <input type="checkbox"/> B*27 <input type="checkbox"/> B*51 <input type="checkbox"/> B*57      |
| <input type="checkbox"/> Angelman (syndrome d')<br>(Postnatal : SNRPS / Prénatal : SNRPL)  | <input type="checkbox"/> HLA classe II (loci DQ, DR) (HLA2) :<br><input type="checkbox"/> DR4 <input type="checkbox"/> DQ2 <input type="checkbox"/> DQ8 <input type="checkbox"/> DQB1*0602 |
| <input type="checkbox"/> Disomie Uniparentale (DUPRE)  | <input type="checkbox"/> HLA-B*27 (B27BM)  |
| <input type="checkbox"/> Exome (EXOME) : bon spécifique disponible sur<br><a href="http://www.eurofins-biomnis.com">www.eurofins-biomnis.com</a> .   | <input type="checkbox"/> Intolérance au lactose (LCT)  |
| <input type="checkbox"/> Facteur II (mutation g.20210G>A) (F2M)  | <input type="checkbox"/> Microdélétions du chromosome Y (loci AZFa,<br>AZFb et AZFc) (DELY)  |
| <input type="checkbox"/> Facteur V Leiden (mutation p.Arg506Glu) (F5L)   | <input type="checkbox"/> MTHFR (Méthylène tétrahydrofolate réductase<br>variant thermolabile, mutation c.677C>T) (MTHFR)   |
| <input type="checkbox"/> Fièvre méditerranéenne Familiale (FMF) :<br>étude du gène MEFV (FMF)<br>Joindre la fiche de renseignements cliniques<br>disponible sur <a href="http://www.eurofins-biomnis.com">www.eurofins-biomnis.com</a> | <input type="checkbox"/> MTHFR (Méthylène tétrahydrofolate réductase,<br>mutation c.1298A>C) (MTHF2)   |
| <input type="checkbox"/> Génompage des allèles *2/*3 du CYP2C19 (CYP2C)  | <input type="checkbox"/> MUC1 Variation 27dupC (MUC1)  |
| <input type="checkbox"/> Génompage de l'apoE (APEBM), dans le contexte de :<br><input type="checkbox"/> dyslipidémie <input type="checkbox"/> maladie neurodégénérative  | <input type="checkbox"/> Mucoviscidose (CFTR) - Séquençage à haut<br>débit (MUCO)  |
| <input type="checkbox"/> Génompage de la DPD (5FUGE)   | <input type="checkbox"/> Prader-Willi (syndrome de) (Postnatal : SNRPS /<br>Prénatal : SNRPL)  |
| <input type="checkbox"/> Génompage de l'IL-28B (IL28B)   | <input type="checkbox"/> Puce à ADN/ACPA (SNP array) (SNPRE)   |
| <input type="checkbox"/> Génompage RHD (BMGR)  | <input type="checkbox"/> qPCR (QPOST) : nous contacter (joindre la fiche<br>R66-INTFR)   |
| <input type="checkbox"/> Gilbert (syndrome de) (polymorphisme<br>UGT1A1*28) (GILB)   | <input type="checkbox"/> Sanger (SEPOS) : nous contacter (joindre la fiche<br>R66-INTFR).  |
| <input type="checkbox"/> Hémochromatose : mutation p.Cys282Tyr :<br><input type="checkbox"/> remboursé (HMC) <input type="checkbox"/> non remboursé (HMCNR)  | <input type="checkbox"/> UGT1A1 - Evaluation du risque toxique à<br>l'irinotécan (UGT1A)   |
| <input type="checkbox"/> Hémochromatose : mutation p.His63Asp (H63D)   | <input type="checkbox"/> X fragile (syndrome de l') (Postnatal : XFRA /<br>Prénatal : XFRAp)   |
| <input type="checkbox"/> Hémochromatose : mutation p.Ser65Cys (S65C)   | <input type="checkbox"/> Autres - préciser : <input type="text"/>  |

CONSENTEMENT EN VUE D'UN  
EXAMEN DES CARACTÉRISTIQUES  
GÉNÉTIQUES D'UNE PERSONNE

(Conformément aux articles R.1131-4,  
R.1131-4-1, R.1131-4-2 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 caracté-  
ristiques 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 chromo-  
somique) ;
- ☐ 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 médi-  
cales 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, R.1131-4-1, R.1131-4-2 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 caracté-  
ristiques de la maladie recherchée, des  
moyens de la détecter, des possibilités de  
prévention et de traitement.

Fait à   
le      

Signature du médecin :