

Bon de demande Cytogénétique constitutionnelle

DIVISION INTERNATIONALE

17/19, avenue Tony Garnier - BP 7322 - 69357 Lyon cedex 07

Tél. : +33 (0)4 72 80 23 85 - Fax : +33 (0)4 72 80 73 56

E-mail : international@biomnis.eurofinseu.com

**Identification de l'hôpital
ou du laboratoire**

Obligatoire
Coller ici votre étiquette d'identification

Date : _____

Prélèvement de sang total HEPARINE

N° de Correspondant

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 _____

► reconnaît avoir reçu par le Dr :

les informations sur les examens des caractéristiques génétiques qui seront réalisés afin :

de confirmer ou d'infliger le diagnostic d'une maladie génétique en relation avec mes symptômes ;

de confirmer ou d'infliger 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 :

MÉDECIN PRESCRIPEUR

Nom : Prénom :

Adresse :

CP : Ville :

Pays :

Tél. : Fax :

PATIENT(E)

Nom : Prénom :

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 parents.

INDICATIONS A préciser impérativement

Retard mental, syndrome dysmorphique, anomalies du développement

A préciser :

Trouble de la Reproduction - A préciser :

Etudes Familiales - Joindre le compte-rendu du cas index et degré de parenté

Autre - A préciser :

Maladie cassante (Fanconi) - Joindre le CR de NFS-plaquettes et le contexte clinique :

ANALYSES

Caryotype sanguin standard / constitutionnel (CSG)

Prélèvement de sang total hépariné

Caryotype moléculaire (Puces à ADN - SNP array) (SNPOS)

Prélèvement de sang total sur tube EDTA

Recherche de Remaniement chromosomique par hybridation *in situ* (FISH) (FISHN ou FISHM)

A préciser :