eurofins | Biomnis

# 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@eurofins-biomnis.com**


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

Obligatoire
Coller ici votre étiquette d'identification

**Date :** |_|_| |_|_| |_|_|
Prélèvement de sang total HEPARINE

**N° de Correspondant**

## MÉDECIN PRESCRIPTEUR

Nom : ..... Prénom : .....
Adresse : .....
CP : |_|_|_|_|_| Ville : .....
Pays : .....
Tél. : |_|_| |_|_| |_|_| |_|_| |_|_| Fax : |_|_| |_|_| |_|_| |_|_| |_|_|

Cachet du prescripteur

## 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* : .....

☐ Maladies cassante - *A préciser* : .....

## 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 Microdélétion par hybridation *in situ* (FISH) **(RCPOS)**
*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 ducode 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 :**


B13-INTFR - Novembre 2020