

Bon de demande Evaluation pharmacogénétique du gène ABCB1

DIVISION INTERNATIONALE

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

E-mail : international@biomnis.com

N° de Correspondant

Date de prélèvement :

____|____|____|____|____|____|

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

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 :

PRESCRIPTEUR

Nom : Prénom :

Adresse :

CP : ____|____| Ville : Pays :

Tél. : ____|____|____|____|____|____| Fax : ____|____|____|____|____|____|

PATIENT(E)

Nom : Prénom :

Nom de naissance :

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 parents.

NATURE DU PRÉLÈVEMENT - A remplir obligatoirement

Sang EDTA

DEMANDE D'ANALYSE

Génotypage ABCB1

CONTEXTE CLINIQUE

A préciser :

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

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 :