

# Bon de demande Génétique des pancréatites chroniques et héréditaires

**DIVISION INTERNATIONALE**

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

**Facturation**

Laboratoire

**N° de Correspondant**

Date : \_\_\_\_\_

Nature de prélèvement : \_\_\_\_\_

**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. : \_\_\_\_\_

\* Si le (la) patient(e) est mineur(e), le consentement doit être donné par les titulaires de l'autorité parentale.

**ANTECEDENTS FAMILIAUX**

OUI  NON

**Arbre généalogique**

**Origine géographique\*** : \_\_\_\_\_

(\*la fréquence et la distribution des mutations varient en fonction des origines ethniques/géographiques du patient)

**Consanguinité** :  OUI (veuillez l'indiquer dans l'arbre)  NON

**MANIFESTATIONS CLINIQUES**

Pancréatite chronique  Pancréatite aiguë  
• Age de la première crise : \_\_\_\_\_ ans  
• Nombre de crises : \_\_\_\_\_ Nombre d'hospitalisations : \_\_\_\_\_ Chirurgie (O/N) : \_\_\_\_\_

**ORIENTATIONS ÉTIOLOGIQUES**

• **Consommation d'alcool** :  0g/j  <40g/j  >40g/j soit.....g/jour  
• **Tabac** : ..... nombre de cigarettes / jour  
• **Prise(s) médicamenteuse(s) pancréato-toxique(s)** :  OUI  NON Si oui, lesquelles : \_\_\_\_\_  
• **Néoplasie** :  OUI  NON  
• **Signes cliniques de Mucoviscidose (+/- atypique)** :  OUI  NON Test de la sueur : ..... nmol/litres  
• **Diabète** :  OUI  NON  
• **Maladie auto-immune** :  OUI  NON Si oui, précisez : \_\_\_\_\_

**IMAGERIE (échographie, TDM, IRM, wirsungographie...)**

Calcifications  Kystes  Imagerie normale

# Bon de demande Génétique des pancréatites chroniques et héréditaires

**DIVISION INTERNATIONALE**

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

## CONSENTEMENT POUR L'EXAMEN DES CARACTERISTIQUES GENETIQUES D'UNE PERSONNE ET LA CONSERVATION D'ÉCHANTILLONS\*

<b>Identification du Patient</b>	Nom : .....	Prénom : .....
	Date de naissance : [ ][ ] / [ ][ ] / [ ][ ][ ][ ]	
<b>Identification du(des) représentant(s) légal(aux)</b>	<i>(le cas échéant)</i> Nom : ..... Prénom : .....	
	<i>(le cas échéant)</i> Nom : ..... Prénom : .....	

Je soussigné(e) reconnais avoir été informé(e) par :

- Dr .....
- Conseiller en génétique ..... sous la responsabilité du Dr .....
- et par délégation de celui-ci

quant à l'examen des caractéristiques génétiques qui sera réalisé à partir du (des) prélèvement(s) pratiqué(s) :

- Sur moi-même
- Sur mon enfant ou sur la personne majeure placée sous tutelle

Pour : *(préciser obligatoirement le nom de la pathologie ou l'indication de l'examen réalisé selon diagnostic étiologique, prédictif, de porteur sain)*

### PRISE DE CONNAISSANCE DES INFORMATIONS SUIVANTES :

Je reconnais avoir reçu l'ensemble des informations permettant la compréhension de cet examen et sa finalité.

**Je consens à la réalisation dudit examen.**

Le résultat de l'examen me sera rendu et expliqué en l'état actuel des connaissances par le médecin/ conseiller en génétique qui me l'a prescrit dans le cadre d'une consultation individuelle. Ce dernier m'expliquera les moyens de prise en charge nécessaires le cas échéant.

J'ai compris que si une anomalie génétique pouvant être responsable d'une prédisposition ou d'une affection grave était mise en évidence, je devrai permettre la transmission de cette information au reste de ma/sa famille. J'ai été averti que mon silence pouvait leur faire courir des risques, ainsi qu'à leur descendance, dès lors que des mesures de prévention, y compris de conseil génétique ou de soins, peuvent être proposées. Je pourrai assurer moi-même cette diffusion d'information génétique aux membres de ma/sa famille ou en autoriser le médecin prescripteur.

J'autorise, dans le respect du secret médical : La transmission des informations de mon/son dossier médical aux médecins concernés par cet examen.

Je reconnais que mes/les données personnelles utiles à la gestion de la démarche diagnostique ainsi que le compte-rendu de résultat de mon/son examen seront conservés, de manière papier ou dans des bases informatiques, par le prescripteur et le laboratoire de biologie médicale autorisé à faire l'examen, conformément à la réglementation en vigueur.

Je suis informé que, conformément aux textes en vigueur, mon/son échantillon biologique sera éliminé à l'issue du délai légal de conservation ou, sauf avis contraire de ma part formulé par écrit auprès du secrétariat médical d'Eurofins Biomnis, utilisé ou transféré, de manière anonyme et respectant le secret médical, à des fins scientifiques ou de contrôle qualité.

**En outre, rayer les paragraphes en cas de désaccord avec certains des points suivants :**

- \* Je souhaite être informé(e) du résultat de l'examen réalisé.
- \* Des informations génétiques sans lien direct

avec ma/sa pathologie mais pouvant avoir un impact sur ma/sa prise en charge et/ou mon/son traitement ou celle de mes/ses apparentés peuvent être révélées. Je souhaite que ces données me soient transmises :

- OUI     NON     Non applicable

\* J'accepte la transmission et l'utilisation de mes/ses résultats pour une analyse génétique chez d'autres membres de ma famille qui seraient amenés à consulter.

\* J'accepte la conservation d'un échantillon de matériel biologique issu de mes/ses prélèvements et son utilisation ultérieure pour poursuivre les investigations dans le cadre de cette démarche diagnostique, en fonction de l'évolution des connaissances.

Fait à ..... le [ ][ ] / [ ][ ] / [ ][ ][ ][ ]

**Signature du patient ou du(des) représentant(s) légal(aux) pour enfant mineur ou majeur sous tutelle**

### ATTESTATION DE CONSULTATION DU PRESCRIPTEUR\*\*

Je certifie avoir informé le (ou la) patient(e) sus nommé(e) ou son représentant légal sur les caractéristiques de la maladie recherchée, des moyens de la détecter, du degré de fiabilité des analyses, des possibilités de prévention et de traitement ainsi que des modalités de transmission génétique de

la maladie recherchée et de leurs possibles conséquences chez d'autres membres de la famille.

Je certifie avoir recueilli le consentement du (ou de la) patient(e) sus nommé(e) ou de son représentant légal dans les conditions prévues par la réglementation en vigueur.

Fait à ..... le .....

**Signature et cachet**

**\*\*RAPPEL QUANT A LA REGLEMENTATION**

**Le médecin prescripteur doit conserver :**

- le consentement écrit
- les doubles de la prescription et de l'attestation
- les comptes-rendus d'analyses de biologie médicale commentés et signés (Art. R1131-5).

**Le laboratoire autorisé réalisant les examens doit :**

- S'assurer de la présence de la prescription, de l'attestation du prescripteur et du consentement écrit du patient
- adresser, au médecin prescripteur, seul habilité à com-

*muniquer les résultats à la personne concernée, le compte-rendu d'analyse de biologie médicale commenté et signé par un praticien agréé*

- adresser, le cas échéant, au laboratoire qui a transmis l'échantillon et participé à l'analyse, le compte-rendu d'analyse de biologie médicale commenté et signé par un praticien agréé

**Loi n° 2011-814 du 7 juillet 2011 relative à la bioéthique**

**Arrêté du 27 mai 2013 définissant les règles de bonnes pratiques applicables à l'examen des caractéristiques**

*génétiques d'une personne à des fins médicales*

**Décret n° 2013-527 du 20 juin 2013 relatif aux conditions de mise en œuvre de l'information de la parentèle dans le cadre d'un examen des caractéristiques génétiques à finalité médicale**

**Décret n° 2008-321 du 4 avril 2008 relatif à l'examen des caractéristiques génétiques d'une personne ou à son identification par empreintes génétiques à des fins médicales.**