

DEMANDE D'EXAMEN CYTOGÉNÉTIQUE CONSTITUTIONNEL POSTNATAL

PATIENT

IDENTITÉ NATIONALE DE SANTÉ (INS) :

Date de naissance :/...../.....

Nom de naissance :

Nom utilisé (si différent) :

Prénom :

Adresse :

CP _____ Ville :

Tél portable :

JOINDRE
OBLIGATOIREMENT
L'ORDONNANCE

MÉDECIN PRESCRIPTEUR

Nom

Prénom :

Adresse :

CP _____ Ville :

Tél :

Fax :

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 foetus.

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 :

PRÉLÈVEMENT

Date du prélèvement/...../..... Résultats souhaités pour le :/...../.....

Se référer au guide des examens pour vérifier le type de tube à prélever en fonction de l'analyse demandée

INDICATIONS

NOUVEAU : ACPA PRIS EN CHARGE EN POSTNATAL SELON LES INDICATIONS DÉFINIES PAR LA HAS (HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ)

☐ TROUBLE DE LA REPRODUCTION

☐ ANOMALIE DU SPERMOGRAMME (JOINDRE LE CR) :

- ☐ AZOOSPERMIE
- ☐ OLIGOSPERMIE
- ☐ AUTRES :
- ☐ FAUSSE COUCHE À RÉPÉTITION
- ☐ FIV
- ☐ ICSI
- ☐ SUSPICION D'UN SYNDROME DE KLINEFELTER
- ☐ MÉNOPAUSE PRÉCOCE

ACPA remboursée pour ces indications en 2^{de} intention

☐ ANOMALIES CONGÉNITALES

- ☐ ANOMALIES DE LA CROISSANCE
- ☐ MALFORMATION ISOLÉE
- ☐ HYPOTONIE NÉONATALE

☐ FŒTOPATHOLOGIE (>14SA)

☐ AUTRES :

- ☐ CONTRÔLE D'UN CNV DÉTECTÉ PAR UNE AUTRE TECHNIQUE
- ☐ CARACTÉRISATION D'UN REMANIEMENT CHROMOSOMIQUE IDENTIFIÉ PAR UN CARYOTYPE
- ☐ ÉTUDES FAMILIALES

ACPA remboursée pour ces indications en 1^{re} intention

☐ TROUBLES DU NÉRODÉVELOPPEMENT

- ☐ DÉFICIENCE INTELLECTUELLE
- ☐ TROUBLES DES APPRENTISSAGES
- ☐ TROUBLES DU SPECTRE AUTISTIQUE
- ☐ SYNDROMES POLYMALFORMATIFS

☐ EPILEPSIE

☐ AUTRES : PRÉCISER :

EXAMENS DEMANDÉS

Joindre impérativement l'ordonnance

☐ CARYOTYPE

Prélèvement de sang total héparinate de sodium

☐ HYBRIDATION IN SITU EN FLUORESCENCE (FISH), PRÉCISER :

Prélèvement de sang total héparinate de sodium

☐ APCA - ANALYSE CHROMOSOMIQUE SUR PUCE À ADN - REMBOURSÉE (SE RÉFÉRER AUX INDICATIONS CI-DESSUS)

Prélèvement de sang total EDTA

☐ APCA - ANALYSE CHROMOSOMIQUE SUR PUCE À ADN - NON REMBOURSÉE (SE RÉFÉRER AUX INDICATIONS CI-DESSUS)

Prélèvement de sang total EDTA

☐ RECHERCHE DE MICRODÉLÉTION DU CHROMOSOME Y PAR PCR

☐ AUTRES : 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 :

SIGNES CLINIQUES

ANTÉCÉDENTS PERSONNELS

ANTÉCÉDENTS FAMILIAUX

Faire un arbre généalogique si nécessaire

Cette demande complétée est à adresser au laboratoire accompagnée du prélèvement et du **formulaire d'Attestation de consultation et de consentement du (de la) patient(e)**, conformément aux articles R1131-4 et R1131-5 du code de la Santé Publique.

NB : Le résultat ne sera **adressé qu'au(x) médecin(s)** conformément à l'article R1131-14 du code de la Santé Publique. Aucun résultat ne sera communiqué par téléphone.

Pour tout renseignement : Dr Gregory EGEA, Dr Stephan KEMENY

LBM INOVIE GEN-BIO :

8 RUE JACQUELINE AURIOL

63100 CLERMONT-FERRAND

Tel : 04 63 05 75 32

Fax : 04 73 24 18 31

Email : gregory.egea@inovie.fr

stephan.kemeny@inovie.fr

ZONE RÉSERVÉE AU LABORATOIRE

Opérateur de conformité :

Date et heure de réception :

☐ CONFORME

☐ NON-CONFORME

COMMENTAIRE :