

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 :



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 1^{re} intention

TROUBLES DU NÉRODÉVELOPPEMENT

- DÉFICIENCE INTELECTUELLE
- TROUBLES DES APPRENTISSAGES
- TROUBLES DU SPECTRE AUTISTIQUE
- SYNDROMES POLYMALFORMATIFS
- EPILEPSIE

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

AUTRES : PRÉCISER :

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

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 :**

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

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

Prélèvement de sang total EDTA

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

Prélèvement de sang total EDTA

RECHERCHE DE MICRODELÉTION 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 :

DEMANDE D'EXAMEN CYTOGÉNÉTIQUE CONSTITUTIONNEL POSTNATAL

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 :