

PRÉLÈVEMENT

☐ **Sang Total EDTA (5mL)** (code nature : SGE)

☐ **Prélèvement salivaire (exclusivement pour les prélèvements à domicile - voir page 3)**

Date de prélèvement : / /

PATIENT

A FAIRE COMPLÉTER IMPÉRATIVEMENT PAR LE (LA) PATIENT(E)

Sexe ☐ F ☐ M Date de naissance : / /

Nom de naissance :

Nom utilisé (si différent) : Prénom :

Mail :

Téléphone :

Adresse :

CP _ _ _ _ Ville :

Origine géographique :

☐ Europe (hors Espagne)

☐ Afrique du Nord

☐ Afrique sub-saharienne

☐ Autre :

☐ Espagne

☐ Moyen-Orient

☐ Réunion, Antilles, Guyane

PRESCRIPTEUR

CACHET
OBLIGATOIRE

Numéro RPPS (obligatoire) :

Adresse e-mail :

SIGNATURE :

INDICATION

☐ Présence d'au moins un facteur de risque clinique : nombre de grains de beauté >50, yeux clairs, cheveux clairs, taches de rousseur, coups de soleil sévères, antécédent familial de cancer cutané

☐ Patient parkinsonien

☐ Patient immunodéprimé

☐ Patient traité par photothérapie

☐ Profession exposée au rayonnement UV solaire (*Pêcheur, agriculteur, personnel navigant, travailleur du bâtiment, forestier, jardinier, personnel de station de ski ou balnéaire, sportif régulier*)

ANTÉCÉDENT FAMILIAL DE MÉLANOME :

S'IL Y A EU PLUSIEURS CAS DE MÉLANOME DANS LA FAMILLE, LE PATIENT DOIT ÊTRE ADRESSÉ EN CONSULTATION D'ONCOGÉNÉTIQUE

UN CAS DE mélanome dans la famille ?

☐ NON

☐ OUI (le patient lui-même)

☐ OUI (un autre membre)

AU MOINS 2 CAS de mélanome dans la famille ?

☐ NON

☐ OUI - pas d'étude de prédisposition génétique réalisée

☐ OUI - étude génétique réalisée : joindre une copie du résultat

RENSEIGNEMENTS CLINIQUES

TOUS LES ITEMS DOIVENT ÊTRE IMPÉRATIVEMENT RENSEIGNÉS

1-CARACTÉRISTIQUES DES YEUX

☐ CLAIRS : BLEUS OU GRIS

☐ CLAIRS : VERTS OU NOISETTE (MARRON-CLAIR)

☐ FONCES : MARRONS ou NOIRS

2-NOMBRE DE NAEVUS SUR L'ENSEMBLE DU CORPS

☐ PLUS DE 50

☐ MOINS DE 50

3-APRÈS EXPOSITION AU SOLEIL SANS PROTECTION (PHOTOTYPE)

☐ ATTRAPE TOUJOURS DES COUPS DE SOLEIL. NE BRONZE JAMAIS.

☐ ATTRAPE TOUJOURS DES COUPS DE SOLEIL. BRONZE PARFOIS.

☐ ATTRAPE PARFOIS DES COUPS DE SOLEIL. BRONZE TOUJOURS.

☐ N'ATTRAPE JAMAIS DES COUPS DE SOLEIL. BRONZE TOUJOURS.

4-AVEZ-VOUS EU DES COUPS DE SOLEIL INTENSES (AVEC BULLES) ?

☐ JAMAIS

☐ OUI, AVANT L'ÂGE DE 15 ANS

☐ OUI, APRÈS L'ÂGE DE 15 ANS

**ATTESTATION DE CONSULTATION ET D'INFORMATION DU MÉDECIN PRESCRIPTEUR
OU DU CONSEILLER EN GÉNÉTIQUE**

(ENCART À DESTINATION DU PRESCRIPTEUR)

 Je soussigné-e, Dr/Pr [Prénom, Nom]
 ou Mme/M [Prénom, Nom], conseiller-ère en génétique*

Certifie avoir reçu en consultation ce jour :

Mme/M [Prénom, Nom], Né.e le [Date de naissance]

Certifie lui avoir fourni (ou au avoir fourni aux personnes titulaires de l'autorité parentale ou son tuteur) l'ensemble des informations mentionnées aux articles R. 1131-4 et R. 1131-20-1 et suivants du Code de la santé publique ainsi qu'aux termes des textes pris pour leur application :

- 1.Des caractéristiques de la maladie recherchée, des moyens de la détecter, du degré de fiabilité des examens ainsi que des possibilités de mesures de prévention, y compris de conseil en génétique, et de soins ;
- 2.Des modalités de transmission génétique de la maladie recherchée lorsqu'elles sont connues et de leurs possibles conséquences chez d'autres membres de sa famille ;

* Dans les conditions prévues aux articles R. 1132-5 et suivants du Code de la santé publique

**ATTESTATION D'INFORMATION ET CONSENTEMENT POUR LA RÉALISATION D'EXAMENS DES
CARACTÉRISTIQUES GÉNÉTIQUES D'UNE PERSONNE**

(ENCART À DESTINATION DU/DE LA PATIENT-E)

Je soussigné-e, Mme/M [Prénom, Nom], atteste avoir reçu du médecin visé ci-dessus, au cours de la consultation médicale de ce jour :

• Les informations concernant l'examen des caractéristiques génétiques qui m'est proposé, auquel je consens, et qui sera réalisé à partir du ou des prélèvement(s) biologique(s) pratiqués sur moi-même. Les informations sur l'examen des caractéristiques génétiques auquel je consens, et qui sera réalisé afin [cocher la case correspondante] :

- ☐ Soit de poser, de confirmer ou d'infirmer le diagnostic d'une maladie à caractère génétique chez une personne ;
☐ Soit de rechercher les caractéristiques d'un ou plusieurs gènes susceptibles d'être à l'origine du développement d'une maladie chez une personne ou les membres de sa famille potentiellement concernés ;
☐ Soit d'adapter la prise en charge médicale d'une personne selon ses caractéristiques génétiques.

J'ai été informé-e :

- Que le mélanome est une tumeur maligne de la peau développée aux dépens des cellules pigmentaires cutanées (les mélanocytes).
- Qu'il existe une susceptibilité individuelle variable au mélanome. Celle-ci repose sur certains facteurs de risques cliniques (nombre de grains de beauté, couleur des yeux et des cheveux, capacité de bronzage), certaines caractéristiques génétiques, et les antécédents d'exposition aux UV.
- Que l'analyse proposée repose sur une étude du patrimoine génétique et un examen clinique. Elle a pour objectif de déterminer s'il existe une susceptibilité au mélanome à l'aide d'un algorithme intégrant plusieurs de ces facteurs.
- De toutes les mentions énoncées dans l'attestation de consultation médicale
- De mon droit à faire interrompre à tout moment cette demande d'examen(s), que les résultats ne me soient pas communiqués, ou que les échantillons conservés soient détruits.
- Que le résultat est confidentiel. Il me sera rendu et expliqué en consultation par le prescripteur

Je consens au prélèvement et à la réalisation de l'algorithme Melapred® access

J'accepte, si mes/ses résultats apparaissent médicalement essentiels pour mes/ses apparentés, qu'ils puissent être, dans le respect du secret médical, communiqués et utilisés de façon anonymisée, dans leur intérêt, y compris après mon/son décès.

☐ OUI ☐ NON

Cet (ou ces) examen(s) sera (seront) réalisé(s) dans un laboratoire de biologie médicale autorisé par l'Agence Régionale de Santé à les pratiquer. L'original du présent document est conservé dans mon dossier médical. Une copie de ce document m'est remise ainsi qu'au praticien devant effectuer les examens. Le laboratoire de biologie médicale dans lequel exerce le praticien ayant effectué les examens conserve ce document dans les mêmes conditions que le compte rendu de l'examen. J'ai eu la possibilité de poser toutes les questions que je souhaitais au médecin généticien ou conseiller en génétique qui m'a prescrit cet examen et j'en ai eu des réponses complètes et adéquates.

Fait à , Le / /
IDENTITÉ DU PATIENT (SIGNATURE)

Nom, prénom, date de naissance

**IDENTITÉ DU(DES)
REPRÉSENTANT(S) LÉGAL(AUX)**

 Signature des 2 parents requise si Analyse TRIO (cas index + 2 parents)
 Nom, Prénom, Date de Naissance :
 Nom, Prénom, Date de Naissance :
 Si le patient est mineur ou majeur sous tutelle, lien avec le patient :

PRESCRIPTEUR (SIGNATURE)

Nom, prénom

PROCÉDURE À SUIVRE POUR LES PRÉLÈVEMENTS SALIVAIRES À DOMICILE :

- 1** AFIN DE RECEVOIR LE KIT DE PRÉLÈVEMENT À DOMICILE, MERCI D'ENVOYER UN MAIL À L'ADRESSE SUIVANTE ➡ **GB-MELAPRED@INOVIE.FR** ⬅
EN INDIQUANT
 - **VOTRE NOM ET PRÉNOM**
 - **ADRESSE POSTALE**
 - **ADRESSE E-MAIL**
 - **NUMÉRO DE TÉLÉPHONE**

- 2** UN KIT AVEC LA PROCÉDURE DE PRÉLÈVEMENT, LE BON DE RETOUR VOUS SERA ENVOYÉ À VOTRE DOMICILE.

- 3** MERCI DE PLACER, DANS LE MÊME COLIS (DANS LES MEILLEURS DÉLAIS), LES ÉLÉMENTS SUIVANTS :
 - **VOTRE PRÉLÈVEMENT DANS LE SACHET**
 - **VOTRE ORDONNANCE**
 - **LA FICHE MELADPRED ACCESS DÛMENT COMPLÉTÉE**
 - **PENSEZ À COLLER LE BON DE RETOUR SUR LE COLIS, PUIS DÉPOSEZ-LE DANS UN POINT RELAIS.**

POUR LOCALISER LE POINT RELAIS LE PLUS PROCHE : [HTTPS://WWW.CHRONOPOST.FR/FR/RELAIS-PICKUP](https://www.chronopost.fr/fr/relais-pickup) 

POUR TOUTES DEMANDES D'INFORMATIONS COMPLÉMENTAIRES, VOUS POUVEZ JOINDRE LE SERVICE GÉNÉTIQUE INOVIE GEN-BIO À L'ADRESSE MAIL SUIVANTE :

➡ **GB-GENETIQUE@INOVIE.FR** ⬅