BON DE DEMANDE
CYTOGÉNÉTIQUE CONSTITUTIONNELLE POSTNATALE

Joindre impérativement l'ordonnance

PATIENT(E)

Identité nationale de santé (INS) : .....

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

Nom de Naissance : .....

Nom : .....

Prénom : .....

Adresse : .....

CP : ..... Ville : .....

Tél. : .....

MÉDECIN PRESCRIPTEUR

Nom : .....

Prénom : .....

Adresse : .....

CP : .....

Ville : .....

Tél. : .....

Fax : .....

PRÉLÈVEMENT

Date de 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)

☐ **Troubles de la reproduction**
- ◯ **Anomalie du spermogramme** joindre le CR :
  - ◯ Azoospermie
  - ◯ Oligospermie
  - ◯ Autres :
- ◯ **Fausse couche à répétition**
- ◯ **FIV**
- ◯ **ICSI**
- ◯ **Suspicion d'un syndrôme de Klinefelter**
- ◯ **Ménopause précoce**

ACPA remboursée pour ces indications en 1ère intention.

☐ **Troubles du neurodéveloppement**
- ◯ **Déficience intellectuelle**
- ◯ **Troubles des apprentissages**
- ◯ **Troubles du spectre autistique**
- ◯ **Syndrômes polymalformatifs**

☐ **Épilepsie**

ACPA remboursée pour ces indications en 2de intention.

☐ **Anomalies congénitales**
- ◯ **Anomalies de la croissance**
- ◯ **Malformation isolée**
- ◯ **Hypotonie néonatale**

☐ **Foetopathologie (>14SA)**

☐ **Autres :** .....
- ◯ **Contrôle d'un CNV.** Détecté par une autre technique.
- ◯ **Caractérisation d'un remaniement chromosomique.** Identifié par un caryotype.
- ◯ **Études familiales**

◯ **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

☐ **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 microdélétion du chromosome Y** par PCR

☐ **Autres** préciser : .....

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 :

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 : ...../...../.....

Les informations concernant le traitement de vos données à caractère personnel sont à consulter sur https://inovie.fr/confidentialite/. Vous pouvez exercer vos droits via le lien suivant : https://app.witik.io/fr/form/inovie-gen-bio/exercice-de-droits. Si votre identité est qualifiée par le laboratoire, vos résultats d'analyse sont transmis dans votre DMP, conformément aux textes applicables. Toute information complémentaire est accessible ici : https://www.monespacesante.fr/

DE-MU-PREAN-098-14

IMAGENOME GÉNÉTIQUE HÉRÉDITAIRE

8 rue Jacqueline Auriol 63100 CLERMONT-FERRAND - Tél : 04.63.05.75.32 Fax : 04.73.24.18.31 e-mail : gb-genetique@inovie.fr

Merci de consulter le guide des examens et nos recommandations sur imagenome.fr

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 deconsultation 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 : gregory.egea@inovie.fr - Dr Stephan KEMENY : stephan.kemeny@inovie.fr

ZONE RÉSERVÉE AU LABORATOIRE

Opérateur de conformité : ..... **Date et heure de réception : le** ...../...../..... **à** ..... **h** .....

☐ **Conforme** ☐ **Non-conforme**

Commentaire : .....

DE-MU-PREAN-098-14

IMAGENOME GÉNÉTIQUE HÉRÉDITAIRE

8 rue Jacqueline Auriol 63100 CLERMONT-FERRAND - Tél : 04.63.05.75.32 Fax : 04.73.24.18.31 e-mail : gb-genetique@inovie.fr

Merci de consulter le guide des examens et nos recommandations sur : imagenome.fr