BON DE DEMANDE
GÉNÉTIQUE MOLÉCULAIRE CONSTITUTIONNELLE

Date de demande du test :
Prélèvement sur sang total EDTA

PATIENT·E

Nom : ..... **Nom de Naissance :** .....
Prénom : .....
Date de Naissance : ..../...../..... **Sexe :** ☐ **F** ☐ **M**
Adresse : .....
CP : ..... **Ville :** .....
Tél. : .....
Origine géographique[1,2] **:**
☐ **Europe/Afrique du Nord** ☐ **Afrique sub-saharienne et Antilles**
☐ **Asie** ☐ **Autres** (métisses par ex.) **:** .....

[1] Si le (la) patient(e) est mineur(e), le consentement doit être donné par les titulaires de l'autorité parentale.
[2] Information nécessaire uniquement pour les examens signalés du [2] ci-dessous.

MÉDECIN PRESCRIPTEUR

Nom : .....
Prénom : .....
Adresse : .....
CP : ..... **Ville :** .....
Pays : .....
Tél. : ..... **Fax :** .....
Signe(s) clinique(s) / indications
.....

NATURE DU PRÉLÈVEMENT

À REMPLIR OBLIGATOIREMENT

☐ **Sang EDTA** ☐ **Autre -** A préciser : .....

DEMANDE D'ANALYSE DE GÉNÉTIQUE MOLÉCULAIRE

☐ **Disomie Uniparentale**
☐ **Facteur II (mutation g.20210G>A)**
☐ **Facteur V Leiden (mutation p.Arg506Glu)**
☐ **Hémochromatose : mutation p.Cys282Tyr :**
- ☐ Prise en charge par l'AM si deux CS-Tf > à 45 % :
  - ☐ 1er CTF : .....
  - ☐ 2ème CTF : .....
- ☐ Prise en charge par l'AM si apparenté (majeur ou femme non ménopausée) au 1er degré (fournir CR)
- ☐ Examen hors nomenclature en dehors de ces indications

☐ **Hémochromatose : mutation p.His63Asp**[1]
☐ **Hémochromatose : mutation p.Ser65Cys**[1]
☐ **HLA classe I (loci A et B)**[2]
- ☐ A*29 ☐ B*S1 (s) ☐ B*57 ☐ Autre .....

☐ **HLA B*27**[1,2]
☐ **HLA classe II (loci DQ et DR)**[2]
- ☐ DQ2 ☐ DQ8 ☐ DQB1*0602 ☐ DR4 ☐ Autre .....

☐ **Microdélétions du chromosome Y (loci AZFa, AZFb et AZFc)**[1]
☐ **MTHFR (Méthylène tétrahydrofolate réductase variant thermolabile, mutation c.677C>T)**[1]
☐ **Mucoviscidose (CFTR, recherche des mutations les plus fréquentes)**[2]
☐ **X fragile (syndrome de l')**

[1] Examen Hors Nomenclature
[2] Pour ces examens, l'origine géographique doit être renseignée - Cf. rubrique "Patient(e)"
[3] Coefficient de saturation de la transferrine > 45 % ou antécédents d'apparenté au 1er degré homozygote C282Y

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

Cachet et signature du médecin

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 .....

né(e) le ..../...../.....

> reconnais avoir été 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 efectué chez moi

☐ au prélèvement qui sera efectué chez mon enfant mineur ou une personne majeure sous tutelle

☐ au prélèvement qui sera efectué 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 efectuées ne seront sans aucun bénéfice ni préjudice pour moi.

☐ J'ai pris connaissance des mentions d'information sur le traitement des données à caractère personnel efectué par le LBM Gen-Bio (au verso de ce document ou sur site Gen-Bio (https://www.genbio.fr/politique-de-donnees-a-caractere-personnel/).

Fait à .....

Le : ..../...../.....

Signature du patient ou des titulaires de l'autorité parentale de l'enfant mineur ou du tuteur du majeur sous tutelle :

Bon de demande - IMAGENOME- Biopathologie et génétique des cancers - [ONGS] - Version 11 - Date d'application : 01/01/2026

IMAGENOME BIOPATHOLOGIE & GÉNÉTIQUE DES CANCERS
168 rue de la Taillade 34070 MONTPELLIER - Tél : 04.30.05.31.00 Fax : 04.30.05.31.01 e-mail : ls-imagenome@inovie.fr
Merci de consulter le guide des examens et nos recommandations sur : https://labosudb.manuelprelevement.fr/

INFORMATIONS PATIENT·E
CONCERNANT LES DONNÉES À CARACTÈRE PERSONNEL

Vos données à caractère personnel font l'objet d'un traitement par le LBM (Laboratoire de Biologie Médicale) GEN-BIO, SELAS immatriculée au Registre du Commerce et des Sociétés de Clermont-Ferrand sous le numéro D 871 200 317, dont le siège social est à Clermont-Ferrand (63100), 8 rue Jacqueline Auriol.

Le LBM GEN-BIO, Responsable de traitement, s'engage à ce que la collecte et le traitement de vos données soient conformes au Règlement européen 2016/679 du 27/04/2016 relatif à la protection des données personnelles et à la Loi Informatique et Libertés du 06/01/1978 modifiée.

Les données à caractère personnel collectées ont pour finalité le traitement, à toutes les étapes, de votre demande d'examen de biologie médicale : enregistrement, prélèvement, réalisation des examens, interprétation et validation biologique des résultats, transmission du compte-rendu de résultats, facturation, conservation et archivage.

Les échantillons biologiques ainsi que les données associées, conformément aux textes en vigueur, pourront être utilisées et/ou transférées à des fins scientifiques ou des contrôles qualité, hors génétique humaine et de manière anonyme en respectant le secret médical.

Vos données personnelles seront conservées dans le respect des législations en vigueur sur la conservation des comptes rendus d'examens de biologie médicale et les éléments qui y sont liés. Ces textes imposent au laboratoire une durée de conservation de 10 ans pour les résultats d'examens et les éléments qui y sont liés, 20 ans pour les examens réalisés pour les établissements publics, la procréation médicale assistée, le diagnostic prénatal, 30 ans pour la génétique et cytogénétique.

Les données collectées sont accessibles au personnel habilité du Laboratoire, et si nécessaire, à un Laboratoire sous-traitant, aux professionnels de votre parcours de soins, et pour la facturation aux organismes de sécurité sociale et le cas échéant, à votre organisme d'assurance maladie complémentaire.

Vous disposez d'un droit d'accès, de rectification, d'effacement (dans le respect des obligations légales applicables aux résultats d'examens biologiques) ainsi qu'un droit à la portabilité, de vos données à caractère personnel.

Vous bénéficiez également d'un droit d'opposition et de limitation au traitement de vos données à caractère personnel.

Vous disposez également d'un droit d'opposition à l'utilisation de vos échantillons biologiques et données associées à des fins scientifiques ou des contrôles qualité.

Vous disposez également du droit de définir des directives générales particulières définissant la manière dont vous entendez que soient exercés, après votre décès, ces droits.

Pour l'exercice de vos droits, toute demande, accompagnée d'une copie de votre carte nationale d'identité doit être adressée soit par courriel, soit par courrier postal à :

rgpd@genbio.fr

Laboratoire GEN BIO Gravanches - Données personnelles RGPD
8 rue Jacqueline Auriol
63100 CLERMONT-FERRAND

L'autorité de contrôle désignée par la loi française est la Commission Nationale Informatique et Liberté que vous pouvez saisir en cas de litige dans l'exercice de vos droits ou si vous pensez que votre réclamation concerne un manquement à la règlementation. Vous trouverez les modalités de cette saisie sur le site internet de la CNIL www.cnil.fr

IMAGENOME BIOPATHOLOGIE & GÉNÉTIQUE DES CANCERS
168 rue de la Taillade 34070 MONTPELLIER - Tél : 04.30.05.31.00 Fax : 04.30.05.31.01 e-mail : ls-imagenome@inovie.fr
Merci de consulter le guide des examens et nos recommandations sur : https://labosudb.manuelprelevement.fr/