

Génétique et oncologie moléculaire

Tél : 04 72 80 25 78 • Fax : 04 72 80 25 79
Email : genetique-oncologie@biomnis.com

Facturation

 Laboratoire

N° de Correspondant

Date :

Prélèvement sur sang total EDTA

MÉDECIN PRESCRIPTEUR

Nom : Prénom :
Adresse :
CP : Ville : Pays :
Tél. : Fax :

Cachet
du prescripteurCachet ou étiquette code barre
de l'hôpital ou du laboratoire

PATIENT(E)

Nom : Prénom :
Date de naissance* : Sexe : F M
Adresse :
CP : Ville :
Pays : Tél. :

Origine géographique** : Europe/Afrique du Nord Afrique sub-saharienne et Antilles
 Asie Autres (métisses par ex.) :

* Si le (la) patient(e) est mineur(e), le consentement doit être donné par les parents.

** Information nécessaire uniquement pour les analyses signalées du [2] ci-dessous.

SIGNE(S) CLINIQUE(S)

.....

NATURE DU PRÉLÈVEMENT - A remplir obligatoirement

Sang EDTA Autre - A préciser :

DEMANDE D'ANALYSE DE GÉNÉTIQUE MOLÉCULAIRE

INDICATIONS : A préciser impérativement (code groupe Biomnis)

- Alpha-1-antitrypsine (variants S et Z) (A1BM) ←
- Angelman (syndrome d') (Postnatal : SNRPS / Prénatal : SNRPL)
- Disomie Uniparentale (DUPRE)
- Facteur II (mutation g.20210G>A) (F2M)
- Facteur V Leiden (mutation p.Arg506Glu) (F5L)
- Fièvre méditerranéenne Familiale (FMF) ou maladie périodique (technique par séquençage nouvelle génération)^{[1][2]} (FMF) :
Joindre la fiche de renseignements cliniques disponible sur www.biomnis.com
- Génotypage de l'IL-28B^[1] (IL28B)
- Génotypage RHD (BMGR1)
- Gilbert (syndrome de) (polymorphisme UGT1A1*28) (GILB)
- Hémochromatose : mutation p.Cys282Tyr (HMC)
- Hémochromatose : mutation p.His63Asp^[1] (H63D)
- Hémochromatose : mutation p.Ser65Cys^[1] (S65C)
- HLA classe I (loci A, B)^[2] (HLA1) :
 A*29 B*27 B*51 B*57
- HLA classe II (loci DQ, DR)^[2] (HLA2) :
 DR4 DQ2 DQ8 DQB1*0602
- HLA-B*27^{[1][2]} (B27)
- Intolérance au lactose^[1] (LCT)
- Microdélétions du chromosome Y (loci AZFa, AZFb et AZFc)^[1] (DELY)
- MTHFR (Méthylène tétrahydrofolate réductase variant thermolabile, mutation c.677C>T)^[1] (MTHFR)
- Mucoviscidose (CFTR, recherche des mutations les plus fréquentes)^[2] (MUCO) :
bon spécifique disponible sur www.biomnis.com
- Mucoviscidose (CFTR, génotypage complet par séquençage nouvelle génération (NGS))^{[1][2]} (MUCON) : bon disponible sur www.biomnis.com
- Prader-Willi (syndrome de) (Postnatal : SNRPS / Prénatal : SNRPL)
- X fragile (syndrome de l') (Postnatal : XFRA / Prénatal : XFRAP)
- Autres - préciser :

[1] Analyse Hors Nomenclature

[2] Pour ces analyses, l'origine géographique doit être renseignée - Cf. rubrique "Patient(e)"

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(e)

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 :