



MEDECIN PRESCRIPTEUR

NOM : PRENOM :
ADRESSE :
CP : |_|_|_|_| Ville :
TEL : |_|_| |_|_| |_|_| |_|_| |_|_|

PATIENT(E)

NOM..... NOM DE NAISSANCE.....
PRENOM..... Sexe : F M
DATE DE NAISSANCE |_|_|/|_|_|/|_|_|
ADRESSE.....
CP : |_|_|_|_| Ville
TEL : |_|_| |_|_| |_|_| |_|_| |_|_|

SIGNES CLINIQUES (A remplir obligatoirement)

PRELEVEMENT

Date du prélèvement : |_|_|/|_|_|/|_|_|
 Sang EDTA Sang héparine Autre – à préciser.....

DEMANDE D'ANALYSE DE CYTOGENETIQUE

CARYOTYPE STANDARD
 Recherche microdélétion par hybridation in situ (FISH) – préciser.....

DEMANDE D'ANALYSE DE GENETIQUE MOLECULAIRE

Facteur II (mutation g.20210G>A)
 Facteur V Leiden(mutation R506Q)
 HLA B27
 Hémochromatose : mutation C282Y : remboursé * non remboursé
 Hémochromatose : mutation H63D①

* Coefficient de saturation de la transferrine >45% ou antécédents d'apparenté au 1^{er} degré homozygote C282Y se référer aux indications du JO de juin 2017
①Analyse Hors Nomenclature

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.1131-7 et R. 1131-5 du code de la santé publique, certifie avoir reçu en consultation ce jour le (la) patiente 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

**CONSETEMENT EN VUE D'UN
EXAMEN DES CARACTERISTIQUES
GENETIQUE 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 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 sous tutelle

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 autre que ceux recherchés, le Dr sus-nommé déterminera la conduite à tenir lors d'une consultation individuelle.

Si une partie du prélèvement reste inutilisable après l'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 ou des titulaires de l'autorité parentale de l'enfant mineur ou du tuteur du majeur sous tutelle :