eurofins | Biomnis

Bon de demande
Génétique moléculaire constitutionnelle

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

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

MÉDECIN PRESCRIPTEUR

Nom : ..... Prénom : .....
Adresse : .....
CP : ⌊__⌋⌊__⌋⌊__⌋⌊__⌋⌊__⌋ Ville : ..... Pays : .....
Tél. : ⌊__⌋⌊__⌋⌊__⌋⌊__⌋⌊__⌋ Fax : ⌊__⌋⌊__⌋⌊__⌋⌊__⌋⌊__⌋

Cachet du prescripteur

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)**
☐ 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 rédu ctase 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 fœtus.*

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 ducode 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 :