

**DEMANDE D'EXAMEN DE GENETIQUE CONSTITUTIONNELLE POSTNATALE**

Sujet prélevé (étiquette)	Médecin prescripteur	Prélèvement
Nom : .....	Nom, prénom : .....	Date, heure : .....
Nom de naissance : .....	Service : .....	Nom du préleveur : .....
Prénom : .....	Hôpital : .....	Prénom du préleveur : .....
Date de naissance : .....	Adresse : .....	Qualité du préleveur : .....
Sexe : <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Signature : .....	<input type="checkbox"/> Sang
		<input type="checkbox"/> Autre (préciser) : .....
		<input type="checkbox"/> URGENT (préciser) : .....

**Destinataire : Génétique Moléculaire (UF1421, NHC)**

**1 tube de 5 ml de sang sur EDTA (bouchon violet)  
(Volume minimum : 2 ml)  
+ CONSENTEMENT SIGNE**

Examen de génétique moléculaire réalisé au laboratoire :

- X fragile     Steinert (DM1)     PROMM (DM2)  
 Angelman     Prader-Willi     Disomie uniparentale du chr 15  
 Huntington     SBMA     Mucoviscidose/CFTropathies\*  
 Autre\*. Préciser : .....

Recherche de contamination materno-fœtale dans le cadre d'un DPN

Contrôle d'ACPA par PCR quantitative

Mise en banque d'ADN

Mise en banque d'ADN puis envoi vers un laboratoire extérieur :

- Indication : .....
- Joindre le courrier au laboratoire destinataire (comprenant l'adresse), le bon de commande, le formulaire clinique le cas échéant.

**Indication de l'étude**

- Cas index     Conjoint(e)
- Apparenté (lien avec le cas index) : .....
- Atteint     Non-atteint :  
*Mut./Anomalie chr. identifiée dans la famille*     OUI     NON
- Laboratoire : .....
- Nom de la personne testée : .....
- Gène : ..... Mutation : .....
- Anomalie chromosomique : .....
- Cadre :     Diagnostic présymptomatique  
 Conseil génétique  
 Etude de ségrégation familiale  
 Autre : .....

**Arbre généalogique**

(Flécher l'individu prélevé)

**Destinataire : Cytogénétique (UF6446, NHC)**

**1 tube de 5 ml de sang sur EDTA (bouchon violet)  
(Volume minimum : 2 ml)  
+ CONSENTEMENT SIGNE**

Analyse Chromosomique sur Puce à ADN (ACPA) : joindre le formulaire clinique\*.

**Résumé clinique obligatoire (ou joindre compte-rendu de consultation)**

Consanguinité :  Oui     Non

Origines géographiques : .....

\* Formulaires téléchargeables sur <http://www.chru-strasbourg.fr/Le-guide-des-examens-de-laboratoire>

**LABORATOIRE DE DIAGNOSTIC GENETIQUE**  
**CHRU de Strasbourg – Nouvel Hôpital Civil**  
**1, Place de l'Hôpital - 67091 STRASBOURG cedex France**  
**Tél : 03 69 55 07 77 ou 03 69 55 07 78 ou 03 69 55 07 79**  
**Fax : 03 69 55 18 94**  
**Email : Labgenet@chru-strasbourg.fr**  
**N° SGAPE : 2001/106**  
**Chef de Service : Pr J.-L. MANDEL**

**EXAMEN DES CARACTERISTIQUES GENETIQUES**  
**(GENETIQUE MOLECULAIRE – CYTOGENETIQUE)**  
**(décret n° 2000-570 du 23 juin 2000)**

Ce document doit être obligatoirement accompagné de la prescription et des renseignements cliniques justifiant les analyses demandées.

<b>IDENTITE DU PATIENT</b>	<b>IDENTITE DU TITULAIRE DE L'AUTORITE PARENTALE SI MINEUR, DU TUTEUR OU DU CURATEUR</b>
NOM :	NOM :
Prénom :	Prénom :
Date de naissance :	Date de naissance :
Adresse :	Adresse :
	Lien avec le patient :

**CONSENTEMENT\***

Je soussigné(e) ..... (NOM-Prénom)  
reconnais avoir été informé(e) par le Docteur ..... (NOM-Prénom)  
des examens génétiques à réaliser sur le prélèvement de ..... (sang, trophoblaste, liquide amniotique, peau, ...)  
effectué chez moi-même ou ..... (NOM-Prénom)  
dans le cadre de la pathologie suspectée suivante :

A préciser

Le patient, le titulaire légal, le tuteur ou le curateur donne son consentement pour ce prélèvement et reconnaît avoir reçu l'ensemble des informations conformément aux articles R.162-16-7 du décret N°95-558 du 6 mai 1996 et R.145-15-4 du décret N°2000-570 du 23 juin 2000 du code de la santé publique, permettant la compréhension de cet acte biologique et sa finalité.

Le patient, le titulaire légal, le tuteur ou le curateur accepte que ce prélèvement soit conservé et utilisé dans le cadre de la pathologie citée ci-dessus sans limitation dans le temps.  oui  non

Cas particulier : Dans le cadre de la CGH-array, cette analyse peut révéler d'autres affections que celle recherchée. Le patient, le titulaire légal, le tuteur ou le curateur pourra en être informé seulement en cas de bénéfice direct pour le patient ou sa famille en l'état actuel des connaissances, c'est-à-dire en cas de possibilité de prévention et/ou de traitement.

Le patient, le titulaire légal, le tuteur ou le curateur reconnaît avoir compris l'ensemble de ces informations.

Le patient, le titulaire légal, le tuteur ou le curateur souhaite être informé de ces affections :  oui  non

Fait à ..... le .....

Signature (patient, titulaire légal, tuteur ou curateur)

**ATTESTATION\***

Je certifie avoir informé le (la) susnommé(e) sur les caractéristiques de la maladie recherchée, les moyens de la détecter, les possibilités de prévention et de traitement, et avoir recueilli le consentement du (de la) patient(e) dans les conditions de l'article n°R.145-15-4

Signature et cachet du prescripteur

**\* RAPPEL CONCERNANT LA LEGISLATION**

(Conformément au décret n°2000-570 du 23 juin fixant les conditions de prescription et de réalisation des examens des caractéristiques génétiques d'une personne) :  
**Le médecin prescripteur** doit conserver le consentement écrit, les doubles de la prescription et de l'attestation, et les comptes-rendus d'analyses de biologie médicale commentés et signés (Art.R.145-15-4).

**Le laboratoire agréé** réalisant les examens doit :

- disposer de la prescription et de l'attestation du prescripteur (Art.R.145-15-4)
  - adresser le compte-rendu d'analyse de biologie médicale commenté et signé par un praticien responsable agréé conformément à l'Art.R.145-15-14
- EXCLUSIVEMENT AU MEDICIN PRESCRIPTEUR** des examens génétiques Art.R.145-15-14