

NOM : ou Etiquette SAGAH

NOM de Naissance :

Prénom :

Date de naissance :

NIP : sexe :

N° de séjour (NDA) :

UF :

PLATEAU TECHNIQUE DE HAUTEPIERRE

Prescripteur (nom, prénom, RPPS)

Préleveur (nom, prénom, qualité)

POLE DE BIOLOGIE



Date et heure de réception au laboratoire

DEPARTEMENT DE GENETIQUE MOLECULAIRE DES CANCERS (Dr L Vallat) UF 7366 ONCOLOGIE MOLECULAIRE - PHARMACOGENETIQUE (Dr E Guérin)

Laboratoire de Biochimie et de Biologie Moléculaire (Pr JM LESSINGER)

Tél secrétariat jusqu'à 16h : 03 88 12 71 79 (27179) - Fax : 03 88 12 84 78 (28478)

GENETIQUE CONSTITUTIONNELLE

TYPE DE PRELEVEMENT

Veillez nous faire parvenir

1 tube de sang prélevé sur EDTA

cocher si prélèvement d'ADN envoyé

Cadre réservé au laboratoire

N° BM:

Un deuxième prélèvement à une autre date de prélèvement est recommandé (pour confirmation)

Date de prélèvement

J	J	M	M	A	A
---	---	---	---	---	---

Heure

h	h	m	m
---	---	---	---

REEMPLIR IMPERATIVEMENT LE CONSENTEMENT ET L'ATTESTATION AU VERSO
(en l'absence du document complété, l'examen ne sera pas pratiqué conformément à la réglementation
(Décret n°2008-231 du 4 avril 2008 - Arrêté du 27 mai 2013)

BILAN DE THROMBOPHILIE

Contexte de la demande

- Maladie Thrombo-Embolique Veineuse
- Thrombose artérielle
- Complications Obstétricales
- Confirmation résultat APCR
- Enquête familiale cas index
- Autre (à préciser) : cas apparenté

EXAMENS DEMANDES

- FACTEUR V LEIDEN G1691A**
- FACTEUR II G20210A**
- MTHFR C677T et/ou A1298C**

PHARMACOGENETIQUE

(Résultats transmis à l'UF 9003 de Pharmacie Clinique (Pr. L. Monassier) pour avis sur le suivi thérapeutique)

Contexte de la demande

- Génotypage pré-thérapeutique
- Résistance/ Toxicité
- Diagnostic Maladie de Gilbert (UGT1A1)

Traitements pharmacologiques en cours:

Renseignements cliniques:

EXAMENS DEMANDES

- UGT1A1**
- TPMT**
- CYP3A5/CYP3A4**



REMPLIR IMPERATIVEMENT LE CONSENTEMENT ET L'ATTESTATION

DEPARTEMENT DE GENETIQUE MOLECULAIRE DES CANCERS (Dr L Vallat)
UF 7366 ONCOLOGIE MOLECULAIRE - PHARMACOGENETIQUE (Dr E Guérin)
 Laboratoire de Biochimie et de Biologie Moléculaire (Pr JM LESSINGER)

**CONSENTEMENT EN VUE D'UN EXAMEN
 DES CARACTERISTIQUES GENETIQUES D'UNE PERSONNE**

Je soussigné(e), NOM, Prénom.....

reconnais avoir été informé(e) par le Docteur.....

quant à l'examen des caractéristiques génétiques qui sera réalisé à partir du (des) prélèvement(s) pratiqué(s) :

- Sur moi-même
- Sur mon enfant mineur ou sur la personne placée sous tutelle

Enfant : NOM, Prénom.....Date de naissance.....

Pour l'analyse de prédisposition génétique à la maladie suivante:

Je donne mon consentement pour ce prélèvement et je reconnais avoir reçu l'ensemble des informations me permettant de comprendre l'intérêt de cet examen et sa finalité. Le résultat de l'examen me sera rendu et expliqué en l'état actuel des connaissances par le médecin qui me l'a prescrit. Ce dernier m'expliquera les moyens de prise en charge nécessaires le cas échéant.

J'autorise dans le respect du secret médical:

- La transmission des informations de mon/son dossier médical nécessaires aux médecins concernés par cet examen.
- La conservation d'un échantillon de matériel biologique issus de mes/ses prélèvements et son utilisation ultérieure pour poursuivre les investigations dans le cadre de cette même démarche diagnostique, en fonction de l'évolution des connaissances.
- La conservation des données utiles à la gestion de la démarche diagnostique et de mon/son dossier dans des bases de données informatiques déclarées à la Commission Nationale de l'informatique et des Libertés (CNIL).

Je peux, à tout moment, demander d'arrêter ma participation. A cette fin, le matériel et les données concernant mon dossier devront être détruites.

Fait à....., le

Signature obligatoire du patient ou son représentant légal

ATTESTATION DE CONSULTATION du médecin prescripteur

Je soussigné(e).....Docteur en Médecine,

certifie avoir informé le (ou la) patient(e) susnommé(e) ou son représentant légal sur les caractéristiques de la maladie recherchée, les moyens de la diagnostiquer, le degré de fiabilité des analyses dans la mesure du possible, les possibilités de prévention et de traitement, le stockage de son prélèvement et avoir recueilli le consentement du (ou de la) patient(e) ou de sa tutelle dans les conditions prévues par le code de la santé publique (articles R1131-4 et 5).

Fait à....., le

Signature et cachet obligatoire du médecin prescripteur

RAPPEL CONCERNANT LA LEGISLATION

- Loi n° 2004-800 du 6 août 2004, modifiée par la loi n°2011-814 du 7 juillet 2011, relative à la bio éthique et fixant les conditions de prescription et de réalisation des examens des caractéristiques génétique d'une personne :

Le médecin prescripteur doit conserver :

- le consentement écrit
- les doubles de la prescription et de l'attestation (Art. R1131-5)

Le laboratoire autorisé réalisant les examens doit :

- disposer de la prescription et de l'attestation du prescripteur (Décret n°2008-321 du 4 avril 2008)
- adresser, au médecin prescripteur, seul habilité à communiquer les résultats à la personne concernée (article L1131-1-3), le compte-rendu d'analyse de biologie médicale commenté et signé par un praticien responsable agréé
- adresser, le cas échéant, au laboratoire qui a transmis l'échantillon et participé à l'analyse (article L. 6311-19), le compte-rendu d'analyse de biologie médicale commenté et signé par un praticien responsable agréé.
- Arrêté du 27 mai 2013 définissant les règles de bonnes pratiques applicables à l'examen des caractéristiques génétiques d'une personne à des fins médicales.
- Décret n° 2013-527 du 20 juin 2013 relatif aux conditions de mise en oeuvre de l'information de la parentèle dans le cadre d'un examen des caractéristiques génétiques à finalité médicale.