

INDICATION

BILAN DE THROMBOPHILIE (antécédents de thrombose veineuse, d'embolie pulmonaire et/ou d'évènements obstétricaux) ET/OU BILAN D'HYPOFERTILITE OU D'ECHECS D'ASSISTANCE MEDICALE A LA PROCREATION (concernant MTHFR)

Variant(s) Mutation du facteur II (F2 G20210A) Mutation du facteur V Leiden (F5 G1691A) MTHFR C677T

Indication : Antécédent personnel
 Enquête familiale (avec variant familial à rechercher : F2 G20210A F5 G1691A MTHFR C677T Non connu)
 Autre indication :

Prélèvement : 1er prélèvement 2ème prélèvement (confirmation)

SUSPICION D'HEMOCHROMATOSE

Variant(s) Hémochromatose de type I : HFE C282Y HFE H63D

Indication : Antécédent personnel : coefficient de saturation de la transferrine (CS-Tf) > 45% à 2 reprises
 Antécédent personnel (autre que CS-Tf > 45% à 2 reprises) (Hors nomenclature)
 Histoire familiale : variant C282Y à l'état homozygote chez membre de la famille au premier degré (à l'exclusion des sujets mineurs et des mères ménopausées, ou ne désirant plus avoir d'enfant)
 Histoire familiale (autre qu'un apparenté C282Y à l'état homozygote) (Hors nomenclature)
 Autre indication (Hors nomenclature) :

Prélèvement : 1er prélèvement 2ème prélèvement (confirmation)

ATTESTATION DE CONSULTATION DU MEDECIN PRESCRIPTEUR OU DU CONSEILLER EN GENETIQUE

Je soussigné(e) Docteur ou Conseiller en génétique (sous la responsabilité du Docteur) certifie avoir informé le (ou la) patient(e) sus nommé(e) ou son représentant légal sur les caractéristiques de la maladie recherchée, les moyens de la diagnostiquer, les possibilités de prévention et de traitement 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 du médecin ou du conseiller en génétique :

Tout consentement non signé empêche la réalisation de l'examen.

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

IDENTIFICATION du PATIENT

Nom :

Prénom :

Date de naissance :

IDENTITE du REPRESENTANT LEGAL (Si patient mineur ou majeur sous tutelle)

Nom :

Prénom :

Lien avec le patient :

Je reconnais avoir été informé(e) par le Docteur ou Conseiller en génétique quant à l'examen des caractéristiques génétiques réalisé sur :

Moi-même Mon enfant mineur La personne majeure sous tutelle

Je reconnais avoir reçu l'ensemble des informations permettant la compréhension de cet examen et sa finalité et je consens à la réalisation de cet examen. Le résultat me sera rendu et expliqué en l'état actuel des connaissances par le médecin ou conseiller en génétique qui me l'a prescrit. Ce dernier m'expliquera les moyens de prise en charge nécessaire le cas échéant.

Je souhaite être informé(e) par le prescripteur du résultat de l'examen réalisé (item obligatoire) OUI NON

J'autorise, dans le respect du secret médical (items obligatoires) :

La transmission des informations du dossier médical nécessaires aux médecins concernés par cet examen OUI NON

La conservation des données utiles dans des bases de données informatiques déclarées à la CNIL OUI NON

La conservation d'un échantillon de matériel biologique issu de mes/ses prélèvements (lorsque cette conservation est possible) et son utilisation éventuelle dans la poursuite de cette même démarche diagnostique OUI NON

Si une partie du matériel biologique issu de mes/ses prélèvements reste inutilisée, j'autorise l'utilisation éventuelle de cet échantillon à des fins de recherche scientifique, avec anonymisation totale. OUI NON

J'ai compris que, si une anomalie génétique pouvant être responsable d'une prédisposition ou d'une affection grave était mise en évidence, je devrai permettre la transmission de cette information au reste de ma/sa famille :

- En assurant moi-même cette diffusion d'information génétique aux membres de ma/sa famille
- Et/ou en autorisant le médecin prescripteur à cette diffusion d'information génétique aux membres de ma/sa famille.

J'autorise, dans le respect du secret médical, l'utilisation des résultats par le médecin prescripteur au profit des membres de ma/sa famille si ces résultats apparaissent médicalement utiles pour eux. OUI NON

Fait à le
 Signature du patient ou de son représentant légal