

DEMANDE D'ANALYSES GENETIQUES CIBLEES

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



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)

- Bilan de 1^{ère} intention : Mutation du facteur II (F2 G20210A) Mutation du facteur V Leiden (F5 G1691A)
- Autre : MTHFR C677T (Hors nomenclature)
- Indication : Antécédent personnel
 Enquête familiale (avec mutation familiale à rechercher : F2 G20210A F5 G1691A Non connu)
 Autre indication :
- Prélèvement : 1er prélèvement 2ème prélèvement (confirmation)

SUSPICION D'HEMOCHROMATOSE

- Mutation(s) à rechercher : Hémochromatose de type I : HFEC282Y
 HFEH63D (Hors nomenclature) HFE S65C (Hors nomenclature)
- Indication : Antécédent personnel : coefficient de saturation de la transferrine (CS-Tf) > 45% à 2 reprises
 Histoire familiale : mutation C282Y à l'état homozygote chez un membre de la famille au premier degré (à l'exclusion des sujets mineurs et des mères ménopausées, ou ne désirant plus avoir d'enfant)
 Autre indication (Hors nomenclature) :
- Prélèvement : 1er prélèvement 2ème prélèvement (confirmation)

ATTESTATION DE CONSULTATION DU MEDECIN PRESCRIPTEUR OU DU CONSEILLER EN GENETIQUE

(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)

Je soussigné(e) Docteur OU Conseiller en génétique (sous la responsabilité du Docteur) certifie avoir informé le (ou la) patient(e) sous 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 :

Toute attestation non signée empêche la réalisation de l'examen

***Un examen génétique n'est prescrit chez un mineur que lorsque le bénéfice (pour lui ou sa famille) est évident et indispensable immédiatement. Sinon il sera recommandé de lui proposer à partir de sa majorité (Article R. 1131-5 du code de la santé publique).**

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

(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)

1 COPIE à donner au Laboratoire ; 1 COPIE à conserver dans le dossier médical

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 La personne majeure sous tutelle Mon enfant mineur*

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 nécessaires 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 :

Tout consentement non signé empêche la réalisation de l'examen