

DEMANDE D'EXAMEN DE CYTOGENETIQUE POST-NATAL

Patient	Prescripteur	Echantillon
Nom :	Nom :	☐ Sang total (1 tube héparine 5mL)
Nom de naissance :	Prénom :	☐ Autre :
Prénom :	Adresse :	Date de prélèvement / /
Date de naissance : / /	CP : Ville :	N° de Correspondant :
Sexe : ☐ F ☐ M	Fax :	
Adresse :	Email :	
CP : Ville :	Date : / /	
Email :	Signature :	
N° de famille (<i>facultatif</i>) :		

☐ **Caryotype sanguin constitutionnel**

☐ **Hybridation *in situ*** Préciser le(s) locus (loci) chromosomique(s) à étudier :

Indication

☐ **Phénotype évocateur d'une affection syndromique d'origine chromosomique, déficience intellectuelle isolée ou syndromique, anomalie du développement.** Détailler :

☐ **Trouble de la reproduction / de la fertilité / bilan de fausses-couches.** Détailler :

☐ **Trouble endocrinien / de la croissance.** Détailler :

☐ **Autre.** Détailler :

☐ **Caractérisation d'un remaniement chromosomique.**

Détailler formule chromosomique et joindre compte-rendu d'analyses préalables.

☐ **Enquête / Etude familiale.** Joindre le compte-rendu du cas index et arbre généalogique.

Informations importantes

Hypothèse diagnostique supposée :

Analyses génétiques déjà réalisées ? ☐ Non ☐ Oui. Précisez :

Examens paracliniques anormaux :

Arbre généalogique

☐ **Arbre joint avec le dossier**

CONSENTEMENT EN VUE D'UN EXAMEN DES CARACTERISTIQUES GENETIQUES D'UNE PERSONNE DIAGNOSTIC POST NATAL - ANALYSE CYTOGENETIQUE

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 donner au patient ; ORIGINAL à conserver dans le dossier médical

IDENTIFICATION du PATIENT	IDENTITE du REPRESENTANT LEGAL (Si patient mineur ou majeur sous tutelle)
Nom :	Nom :
Prénom :	Prénom :
Date de naissance :	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. Des informations génétiques sans lien direct avec la pathologie peuvent être retrouvées.

J'autorise, dans le respect du secret médical :

- la transmission des informations du dossier médical nécessaires aux professionnels de santé concernés par cet examen
- la conservation des données utiles, dont les données de séquençage, dans des bases de données informatiques déclarées à la CNIL
- la conservation d'un échantillon de matériel biologique issu de mes/ses prélèvements (lorsque cette conservation est possible)

Des informations génétiques sans lien direct avec la pathologie mais pouvant avoir un impact sur la prise en charge peuvent être révélées.
Je souhaite que ces données soient transmises : (Si non complété, considéré non par défaut) oui ☐

Si une partie du matériel biologique issu de mes/ses prélèvements reste inutilisée, j'autorise l'utilisation éventuelle de cet échantillon ou son résultat à des fins de recherche scientifique, de contrôle qualité, d'évaluation des performances, avec anonymisation totale : (Si non complété, considéré non par défaut) oui ☐

J'ai compris que je devrai permettre la transmission de toute information génétique aux membres de ma/sa famille pouvant avoir un impact sur leur prise en charge (Article L1131-1 du code de la santé publique) :

- en assurant moi-même la diffusion de cette information
- et/ou en autorisant le médecin prescripteur à diffuser cette information

J'autorise, dans le respect du secret médical, l'utilisation des résultats de l'analyse génétique par le médecin prescripteur au profit des membres de ma/sa famille si ces résultats apparaissent médicalement utiles pour eux : oui ☐
(Si non complété, considéré non par défaut)

Fait à le

Signature du patient ou de son représentant légal :

Tout consentement non signé empêche la réalisation de l'examen