

DEMANDE, ATTESTATION DE CONSULTATION ET CONSENTEMENT EN VUE D'UN EXAMEN GENETIQUE CIBLE : **FACTEURS, MTHFR, HFE**

DEMANDE ET INDICATIONS DE LA DEMANDE

BILAN DE THROMBOPHILIE (antécédents de thrombose veineuse, d'embolie pulmonaire et/ou d'événements 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**)
☐ **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 : **HFE C282Y**
☐ **HFE H63D** (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 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:

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 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, sa finalité et ses limites, et je consens à sa réalisation.
 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.

J'autorise et j'ai compris, dans le respect du secret médical, que la réalisation de l'examen implique :

- la transmission des informations du dossier médical nécessaires aux professionnels de santé concernés par cet examen
- la conservation des données utiles, du résultat, 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)

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 : **oui** ☐ (Si non complété, considéré non par défaut)

J'ai compris que je devrai permettre la transmission de tout 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'examen 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/...../.....

Tout consentement non signé empêche la réalisation de l'examen Signature du patient ou de son représentant légal :