

Département de Cytogénétique de Paris
37 rue Boulard • 75014 Paris
Tél 01 44 12 59 14 • fax 01 44 12 59 17
E-mail : cytotogenetique.paris@biomnis.com

Département de Génétique constitutionnelle de Lyon
17/19 avenue Tony Garnier • BP 7322 • 69357 Lyon cedex 07
Tél 04 72 80 10 07 • fax 04 72 80 10 08
E-mail : cytotogenetique.lyon@biomnis.com

MEDECIN PRESCRIPTEUR

Nom :
Prénom :
Adresse :
CP : () () () () Ville :
Tél : Fax :

LABORATOIRE D'ANALYSES MÉDICALES

N° de correspondant
.....

Date de prélèvement
____/____/____
Prélèvement sur sang total
HEPARINE

Cachet du laboratoire ou
étiquette code barre

Facturation : Laboratoire

PATIENT(E)

Nom : Sexe : F M
Prénom : Date de naissance* () () () () () ()
Adresse :
CP : () () () () Ville :
** Si le (la) patient(e) est mineur(e), le consentement doit être donné par les parents.*

NATURE DU PRÉLÈVEMENT

- Sang Hépariné Sang total sur tube EDTA (pour caryotype moléculaire uniquement) Autre - préciser :

DEMANDE D'ANALYSE DE CYTOGÉNÉTIQUE

- Caryotype sanguin standard / constitutionnel

INDICATIONS : A préciser impérativement

- Retard mental, syndrome dysmorphique, anomalies du développement
préciser :
 Trouble de la Reproduction - préciser :
 Etudes Familiales : joindre le compte-rendu du cas index et degré de parenté
 Autre - préciser :
 Maladies cassantes - préciser :

- Caryotype moléculaire (Puces à ADN - SNP array) - prélèvement de sang total sur tube EDTA
 Recherche de Microdélétion par hybridation *in situ* (FISH) - préciser :

ATTESTATION DE CONSULTATION

(Décret n° 2008-321 du 4 avril 2008 - arrêté du 27 mai 2013)

Je soussigné.....
Docteur en Médecine, conformément aux articles R.1131-4 et R. 1131-5 du code de la santé publique, certifie avoir reçu en consultation ce jour le(la) patient(e) soussigné(e) afin de lui apporter les informations sur les caractéristiques de la maladie recherchée, des moyens de la détecter, des possibilités de prévention et de traitement.

Fait à
le () () () () () ()

Signature du médecin :

CONSENTEMENT en vue d'un examen des caractéristiques génétiques d'une personne

(Conformément aux articles R.1131-4 et R.1131-5 du code de la santé publique)

Je soussigné(e) M. né(e) le () () () () () () reconnais avoir reçu par le Dr..... les informations sur les examens des caractéristiques génétiques qui seront réalisés afin :

- de confirmer ou d'infirmer le diagnostic d'une maladie génétique en relation avec mes symptômes ;
 de confirmer ou d'infirmer le diagnostic pré-symptomatique d'une maladie génétique ;
 d'identifier un statut de porteur sain [recherche d'hétérozygote ou d'un remaniement chromosomique] ;
 d'évaluer ma susceptibilité génétique à une maladie ou à un traitement médicamenteux.

Pour cela, je consens :

- au prélèvement qui sera effectué chez moi
 au prélèvement qui sera effectué chez mon enfant mineur ou une personne majeure sous tutelle
 au prélèvement qui sera effectué chez mon foetus.

Je suis informé(e) que les résultats de l'examen des caractéristiques génétiques me seront transmis par le Docteur sus-nommé dans le cadre d'une consultation individuelle.

Si une partie du prélèvement reste inutilisée après examen, je consens à ce qu'il puisse être intégré, le cas échéant, à des fins de recherche scientifique. Dans ce cas, l'ensemble des données médicales me concernant seront protégées grâce à une anonymisation totale. En conséquence, je suis conscient que ces études scientifiques effectuées ne seront sans aucun bénéfice ni préjudice pour moi.

Fait à le () () () () () ()

Signature du patient adulte ou du représentant légal de l'enfant mineur ou du tuteur légal de l'adulte sous tutelle :