



ÉTUDE DES CARACTERISTIQUES GENETIQUES D'UNE PERSONNE

THROMBOPHILIE ET HÉMOCHROMATOSE

Joindre impérativement l'attestation de consultation et le consentement signés (document au verso)

| LABORATOIRE PRÉLEVEUR | PRÉLÈVEMENT |
|--|--|
| N° Client: [][][][][][] C / [][] | Date de prélèvement [][][][][][][][] |
| Cachet obligatoire | 1 Tube 5-7 mL sang total EDTA Acheminement au laboratoire à température ambiante sous 7 jours maximum |

| PATIENT(E) | PRESCRIPTEUR |
|--|--|
| Nom | Numéro RPPS (indispensable) : |
| Prénom | <div style="border: 1px solid black; border-radius: 15px; padding: 20px; text-align: center;"> Cachet obligatoire </div> |
| Nom de naissance | |
| Adresse | |
| CP Ville | |
| Date de naissance : [][][][][][][][] | |
| | Adresse e-mail : |
| | Signature : |

| THROMBOPHILIE |
|--|
| CONTEXTE DE LA DEMANDE (OBLIGATOIRE) : |
| <input type="checkbox"/> Exploration d'un cas index (patient(e) a présenté un épisode de thrombose veineuse (TVP,EP,AVC...) ou une pathologie vasculaire placentaire (FC) |
| <input type="checkbox"/> Exploration d'un sujet apparenté (enquête familiale, ATCD familiaux) |
| EXAMENS DEMANDÉS : |
| <input type="checkbox"/> FV Leiden (mutation R506Q) (85602) |
| <input type="checkbox"/> FII Prothrombine (mutation 20210 G>A) (86302) |
| <input type="checkbox"/> MTHFR variant thermolabile (mutation 677 C>T) (OPL 43208) |
| <input type="checkbox"/> Panel NGS thrombophilie héréditaire (IS102) (analyse HN) |

| HÉMOCHROMATOSE |
|---|
| CONTEXTE DE LA DEMANDE (OBLIGATOIRE) : |
| <input type="checkbox"/> Sujet ayant un parent au premier degré porteur de la mutation C282Y à l'état homozygote, à l'exclusion des sujets mineurs et des mères ménopausées, ou ne désirant plus avoir d'enfant |
| <input type="checkbox"/> Sujet ayant une augmentation du coefficient de saturation de la transferrine observée au cours d'un bilan général (CS-Tf supérieur à 45 %, confirmé sur un deuxième prélèvement) |
| <input type="checkbox"/> Exploration d'un sujet apparenté (enquête familiale) |
| EXAMENS DEMANDÉS : |
| <input type="checkbox"/> HFE1 C282Y (mutation p.Cys282Tyr) (43201) |
| <input type="checkbox"/> HFE1 H63D (mutation p.His63Asp) (43205) |
| <input type="checkbox"/> HFE1 S65C (mutation p.Ser65Cys) (43207) |
| <input type="checkbox"/> Panel NGS hémochromatose héréditaire (IS054) (analyse HN) |



EXAMEN DES CARACTERISTIQUES GENETIQUES D'UNE PERSONNE

Joindre impérativement l'attestation de consultation et le consentement complétés et signés ci-après

ATTESTATION DE CONSULTATION DU MÉDECIN PRESCRIPTEUR OU DU CONSEILLER EN GÉNÉTIQUE

Je soussigné.e, Dr/Pr..... ou Mme/M.....conseiller.ère en génétique sous la responsabilité du Dr/Pr....., certifie avoir reçu en consultation ce jour, M/Mme (nom, prénom, date de naissance), et certifie l'avoir informé.e et/ou son.ses représentant.s légal.aux,sur : les caractéristiques de la maladie recherchée ou d'identifier un statut de porteur sain, ou d'évaluer la susceptibilité génétique à une maladie ou à un traitement médicamenteux ; les moyens de diagnostiquer ; les possibilités de prévention et de traitement ; les modalités de transmission et leurs possibles conséquences chez d'autres membres de la famille ; les limites des tests génétiques ; le risque éventuel d'identification de caractéristiques sans relation directe avec la prescription (données incidentes) ; la liberté et l'indépendance de recourir ou non au test et d'en connaître ou non les résultats ; les modalités de communication du résultat ; les conditions de mise en œuvre de l'information de la parentèle (articles R1131-20-1 à R1131-20-5 du CSP) ; le stockage de son prélèvement. Je certifie avoir recueilli le consentement du.de la patient.e ET, le cas échéant, de sa tutelle dans les conditions prévues par le code de la santé publique (articles R1131-4 et R1131-5).

ATTESTATION D'INFORMATION ET CONSENTEMENT POUR LA RÉALISATION DE L'EXAMEN

Je(nous) soussigné.e.s, M/Mme atteste (attestons) avoir reçu du Dr/Pr..... ou Mme/M..... conseiller.ère en génétique sous la responsabilité du Dr/Pr....., et par délégation de celui-ci :

Les informations concernant l'examen des caractéristiques génétiques qui m'est proposé, qui sera réalisé à partir du ou des prélèvement.s biologiques pratiqués :

- sur moi-même
- sur mon enfant ou sur la personne majeure placée sous tutelle
- sur mon fœtus né sans vie

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

Et consens au prélèvement et à la réalisation de l'examen dans le cadre de (décrire le contexte clinique) :

J'ai (nous avons) été informé.e.s :

- De toutes les mentions énoncées dans l'attestation de consultation médicale
- De mon (notre) droit à faire interrompre à tout moment cette demande d'examen(s), que les résultats ne me (nous) soient pas communiqués, ou que les échantillons stockés soient détruits.
- Que l'interprétation de ces résultats repose, dans certaines situations, sur la définition de la parenté biologique, qui peut être analysée à partir de ces prélèvements.
- Des conditions de mise en œuvre de l'information de la parentèle (information de la parentèle, Articles R1131-20-1 à R1131-20-5 du CSP) et de ma responsabilité concernant mon devoir d'information familiale et de communication au centre d'assistance médicale à la procréation en cas de don de gamètes, si une anomalie génétique grave, nécessitant des mesures de prévention y compris de conseil génétique ou de soins, était mise en évidence.
- De la conservation d'éléments issus de mon prélèvement et de mes données personnelles dans les bases de données informatiques pour poursuivre les investigations dans le cadre de la même démarche diagnostique, en fonction de l'évolution des connaissances.

| | |
|--|---|
| <i>La technique utilisée peut éventuellement révéler des informations génétiques sans lien avec la pathologie concernée, mais pouvant avoir un impact sur ma/sa santé ou celle d'apparentés, sur ma/sa prise en charge et/ou mon/son traitement. Je souhaite être informé(e) de ces résultats.</i> | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non |
| <i>J'accepte, si mes/ses résultats apparaissent médicalement essentiels pour mes/ses apparentés, qu'ils puissent être, dans le respect du secret médical, communiqués et utilisés de façon anonymisée, dans leur intérêt, y compris après mon/son décès.</i> | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non |
| <i>J'autorise que les résidus de mes/ses prélèvements soient conservés afin d'être utilisés à des fins de recherches scientifiques ou de contrôles qualité, directement ou après transfert à des tiers, dans le strict respect du secret médical. Dans le cas contraire, conformément à la réglementation applicable, ils seront éliminés une fois mes/ses analyses réalisées.</i> | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non |
| <i>J'autorise l'utilisation anonymisée des données médicales dans le cadre de projets de recherche sans bénéfice direct ou son utilisation pour des études d'assurance qualité interne au laboratoire.</i> | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non |

Le résultat de cet examen, commenté et signé par un praticien agréé par l'Agence de la Biomédecine, me sera rendu et expliqué par le médecin prescripteur (ou par délégation au conseiller en génétique) en l'état actuel des connaissances dans le cadre d'une consultation individuelle. Cet (ou ces) examen(s) sera (seront) réalisé(s) dans un laboratoire de biologie médicale autorisé par l'Agence Régionale de Santé à les pratiquer. L'original du présent document est conservé dans mon dossier médical. Une copie de ce document m'est remise ainsi qu'au praticien devant effectuer les examens. Le laboratoire de biologie médicale dans lequel exerce le praticien ayant effectué les examens conserve ce document dans les mêmes conditions que le compte rendu de l'examen. J'ai eu la possibilité de poser toutes les questions que je souhaitais au médecin généticien ou conseiller en génétique qui m'a prescrit cet examen et j'en ai eu des réponses complètes et adéquates.

Fait à Le

| | | |
|---|--|---|
| <p align="center">SIGNATURE DU/DE LA PATIENT.E</p> <p><i>Nom, Prénom, Date de Naissance</i></p> <p>Signature</p> | <p align="center">SIGNATURE du(des) REPRÉSENTANT(S) LÉGAL(AUX)</p> <p><i>Nom, Prénom, Date de Naissance (1 ligne par représentant)</i></p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>Lien avec la patiente (Si patiente mineure ou majeure sous tutelle) :</p> <p>Signature(s)</p> | <p align="center">SIGNATURE DU PRESCRIPTEUR</p> <p><i>Nom, Prénom</i></p> <p>Signature</p> |
|---|--|---|