



LABORATOIRES B2A

DEMANDE D'ANALYSE GENETIQUE POST- NATALE

Fiche de renseignements, consentement et attestation de consultation

FOR-MU-PREPO-209-v01
Date d'application : 01/06/26
Visa Qualité :

Laboratoire B2A • Tél : 03 29 68 49 58 • Email : genetique@b2a.fr • Biologistes référents : Dr Margaux BIEHLER, Dr Pierre FILHINE TRESARRIEU



Merci de compléter et apporter ce document au laboratoire lors de la prise de sang

Attention, le consentement non rempli et/ou non signé par le patient empêche la réalisation de l'examen



Partie à compléter par le prescripteur :

Form with sections: IDENTIFICATION du PATIENT, IDENTITE du REPRESENTANT LEGAL, ANALYSE DEMANDÉE (THROMBOPHILIE, HÉMOCHROMATOSE, CYTOGENETIQUE), and INDICATION.

ATTESTATION DE CONSULTATION PAR LE PRESCRIPTEUR (Obligation légale : décret n° 2013-527 du 20 juin 2013)

Form for doctor attestation with fields for name, date, and signature.

Partie à compléter avec/par le ou la patient(e) :

CONSENTEMENT DU/DE LA PATIENT(E) (Obligation légale : décret n° 2013-527 du 20 juin 2013)

Je soussigné(e), reconnais avoir été informé(e) par le Docteur OU Conseiller en génétique quant à l'examen des caractéristiques génétiques réalisé sur :

Je reconnais avoir reçu l'ensemble des informations permettant la compréhension de cet examen et sa finalité et je consens à sa réalisation.

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 de mon/son dossier médical nécessaires aux médecins concernés par cet examen.
- La conservation de matériel biologique issu de mes/ses prélèvement(s) et son utilisation ultérieure pour poursuivre les investigations
- La conservation des données utiles dans des bases de données informatiques déclarées à la CNIL.

Des informations génétiques sans lien direct avec ma/sa pathologie avec impact possible sur ma/sa santé ou celle de mes/ses apparentés peuvent être découvertes. Je souhaite être informé(e) de ces résultats :

Si une partie du matériel biologique issu de mes/ses prélèvements reste inutilisée après l'examen demandé, j'autorise son utilisation éventuelle avec anonymisation totale pour :

J'ai compris que si une anomalie génétique pouvant être responsable d'une prédisposition ou affection grave justifiant de mesures de prévention, de conseil génétique ou de soins était identifiée, je devrai permettre la transmission de cette information à ma/sa famille en choisissant entre :

- assurer moi-même cette diffusion d'information génétique aux membres de ma/sa famille
- autoriser le médecin prescripteur à diffuser l'information génétique aux membres de ma/sa famille.

D'ores et déjà, 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 :

Les informations recueillies font l'objet d'un traitement informatique par le laboratoire pour votre prise en charge médicale et la gestion de la facturation. Conformément au RGPD et à la loi « Informatique et Libertés », vous disposez d'un droit d'accès, de rectification, d'opposition et d'effacement de vos données.

Form for patient signature with fields for name, date, and signature.