

DIVISION INTERNATIONALE

Tél. : +33 (0)4 72 80 23 85 • Fax : +33 (0)4 72 80 73 56
E-mail : international@biomnis.com

N° de Correspondant

Date : _____
Prélèvement sur sang total EDTA

MÉDECIN PRESCRIPTEUR

Nom : Prénom :
Adresse :
CP : _____ Ville : Pays :
Tél. : _____ Fax : _____

Cachet
du prescripteur

Cachet ou étiquette code barre
de l'hôpital ou du laboratoire

PATIENT(E)

Nom : Prénom :
Date de naissance* : _____ Sexe : F M
Adresse :
CP : _____ Ville :
Pays : Tél. : _____

Origine géographique** : Europe/Afrique du Nord Afrique sub-saharienne et Antilles
 Asie Autres (métisses par ex.) :

* Si le (la) patient(e) est mineur(e), le consentement doit être donné par les titulaires de l'autorité parentale.
** Information nécessaire uniquement pour les analyses signalées du [1] ci-dessous.

SIGNE(S) CLINIQUE(S)

NATURE DU PRÉLÈVEMENT - A remplir obligatoirement

Sang EDTA Autre - A préciser :

DEMANDE D'ANALYSE DE GÉNÉTIQUE MOLÉCULAIRE

INDICATIONS : A préciser impérativement (code groupe Biomnis)

- Alpha-1-antitrypsine (variants S et Z) (A1BM) ←
- Angelman (syndrome d') (Postnatal : SNRPS / Prénatal : SNRPL)
- Disomie Uniparentale (DUPRE)
- Facteur II (mutation g.20210G>A) (F2M)
- Facteur V Leiden (mutation p.Arg506Glu) (F5L)
- Fièvre méditerranéenne Familiale (FMF) ou maladie périodique (technique par séquençage nouvelle génération)^[1] (FMF) :
Joindre la fiche de renseignements cliniques disponible sur www.biomnis.com
- Génotypage de l'IL-28B (IL28B)
- Génotypage RHD (BMGR1)
- Gilbert (syndrome de) (polymorphisme UGT1A1*28) (GILB)
- Hémochromatose : mutation p.Cys282Tyr (HMC)
- Hémochromatose : mutation p.His63Asp (H63D)
- Hémochromatose : mutation p.Ser65Cys (S65C)
- HLA classe I (loci A, B)^[1] (HLA1) :
 A*29 B*27 B*51 B*57
- HLA classe II (loci DQ, DR)^[1] (HLA2) :
 DR4 DQ2 DQ8 DQB1*0602
- HLA-B*27^[1] (B27)
- Intolérance au lactose (LCT)
- Microdélétions du chromosome Y (loci AZFa, AZFb et AZFc) (DELY)
- MTHFR (Méthylène tétrahydrofolate réductase variant thermolabile, mutation c.677C>T) (MTHFR)
- Mucoviscidose (CFTR, recherche des mutations les plus fréquentes)^[1] (MUCO) :
bon spécifique disponible sur www.biomnis.com
- Mucoviscidose (CFTR, génotypage complet par séquençage nouvelle génération (NGS))^[1] (MUCON) : *bon disponible sur www.biomnis.com*
- Prader-Willi (syndrome de) (Postnatal : SNRPS / Prénatal : SNRPL)
- X fragile (syndrome de l') (Postnatal : XFRA / Prénatal : XFRAP)
- Autres - préciser :

[1] Pour ces analyses, l'origine géographique doit être renseignée - Cf. rubrique "Patient(e)"

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)
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 fœtus.

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 l'examen révèle des résultats autres que ceux recherchés, le Dr sus-nommé déterminera la conduite à tenir lors 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 ou des titulaires de l'autorité parentale de l'enfant mineur ou du tuteur du majeur sous tutelle :

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) sous-nommé(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 :