IPP :…….. NOM :……..... Prénom :…….. DDN :...../……/…….. Sexe :……..	Etiquette service Code UH	Prescripteur Nom : Fonction : Service : Tel :	Préleveur Nom : Tel :

SERVICE D'HEMATOLOGIE BIOLOGIQUE
Pr A. TURHAN
Tel : 0145212121 poste 13594-12016
GENETIQUE CONSTITUTIONNELLE SITE BICETRE
Dr V. PROULLE (13668) Dr V. PICARD (14609)

SITE BICETRE
2H101 28-11-18

Date de prélèvement | | | | | | | (J J M M A A)

Heure de prélèvement | | | | | (H H M M)

ATTESTATION DE CONSENTEMENT ET DE RECUEIL DE CONSENTEMENT		**Date** : ……/……../……..
Identification du patient Etiquette Nom : Prénom : Date de naissance :	**Identification du représentant légal (si mineur ou majeur sous tutelle)** Nom : Prénom : Lien avec le patient :	**Signature et cachet du médecin** Nom : Prénom : APH : RPPS :
Je certifie avoir informé le(ou la) patient(e) sus 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, le stockage de son prélèvement, et avoir recueilli le consentement du (ou de la) patient(e) ou de sa tutelle dans les conditions prévues par le code de santé publique (articles R1131-4 et 5)		

☐ **Extraction ADN (2 tubes EDTA**) Pathologie :…….
……

☐ Cas Index ☐ Apparenté : …… ☐ Autre

Nom Prénom du Cas Index : ……

Genetique des Hémolyses constitutionnelles (2 tubes EDTA)

☐ NGS 'Anemie hémolytique'
☐ Autre (a preciser)

Ektacytométrie : OUI ☐ NON ☐
Normale ☐
Anormale ☐

EDTA ☐ ADN ☐

SCAN GENNO