

Etiquette
Patient

Etiquette Service
de soins
UH

Etiquette
Laboratoire

Info Labo



ASSITANCE PUBLIQUE - HOPITAUX DE PARIS - AP.SORBONNE UNIVERSITE
DMU BioGEM (Pr R.Lévy) - LBM de l'Est Parisien (Dr. M.Vaubourdolle)
Département d'Hématologie Biologique - Pr Hélène LAPILLONNE
Hop. A. TROUSSEAU - Unité d'hématologie Moléculaire - Pr H. LAPILLONNE - Dr R.FAVIER - Dr P.BALLERINI
Accueil : 01 44 73 67 23 FAX : 01 44 73 63 33



CRPP V1 - 10/20

Date de prlv :
j j m m a a h h m m

Préleveur : Prescripteur : Signature : Tel:.....

GENETIQUE DES PLAQUETTES

IMPORTANT: Consentement écrit du patient OBLIGATOIRE : A REMPLIR AU VERSO

Nature de prélèvement:

SANG
 MOELLE

Recherche de mutations:
(sur tube(s) EDTA 7 à 10 ml)

ANKRD26
 ETV6/TEL

RUNX1/AML1
 MPL

NGS PLAQUETTES

RENSEIGNEMENTS CLINIQUES OBLIGATOIRES

Nature de la pathologie plaquettaire Thrombopénie isolée Thrombopathie isolée Mixte
Présence de macroplaquette (VMP>11.5fl): Non Oui Syndrome hémorragique: Non Oui, précisez.....
Numération Plaquettaire récente:G/L Date: __/__/__

Etude Familiale:

Arbre généalogique

Signaler dans l'arbre généalogique le patient par un symbole plein (noir) et par un symbole clair (blanc) les individus sains et par une flèche l'individu prélevé.

Consanguinité: Non
 Oui

Origine ethnique

de la mère:.....

du père:.....

Modalité de découverte de la pathologie plaquettaire:

Systématique, lors d'un hémogramme Non Oui Lors d'un épisode hémorragique: Non Oui, précisez
Pendant une grossesse: Non Oui En raison de cas familiaux: Non Oui
Diagnostic initial de PTI? Non Oui Si oui quel traitement: Corticoïdes Igs IV Autre:.....

Age de découverte de la pathologie plaquettaire:

Association avec des atteintes extra-plaquettaires

Anémie : Non Oui Leucopénie : Non Oui

Association avec des atteintes extra-hématopoïétiques

Pathologie cardio-vasculaire: Non Oui, précisez..... Néphropathie : Non Oui
Malformations: Non Oui, précisez..... Surdité : Non Oui
Infections fréquentes: Non Oui, précisez..... Eczéma : Non Oui
Pathologie neurologique: Non Oui, précisez..... Cancer : Non Oui, précisez.....
Auto-immunité: Non Oui, précisez.....

Examens effectués

Dosage du TPO: Non Oui, date: __/__/__ Agrégations plaquettaires: Non Oui, date: __/__/__
Cytométrie de flux: Non Oui, date: __/__/__ Myélogramme: Non Oui, date: __/__/__
Durée de vie des plaquettes: Non Oui, date: __/__/__

Merci de joindre et/ou le résultat de l'examen ou le compte rendu.

SERVICE D'HEMATOLOGIE BIOLOGIQUE
CONSENTEMENT ECRIT POUR UNE ETUDE GENETIQUE DES FACTEURS DE THROMBOPHILIE A DES FINS MEDICALES

Hôpital Armand Trousseau 26 , avenue du Dr Netter 75012 - PARIS
Tél : 01 44 73 67 23 - Fax 01 44 73 63 33

EXAMEN DES CARACTERISITIKES GENETIQUES
GENETIQUE MOLECULAIRE ET/OU CONSERVATION DANS UNE BANQUE D'ADN
(décret n°2008-321 du 4 avril 2008)



HHCO

V1 - 10/20

CONSENTEMENT DU PATIENT*

IDENTIFICATION DU PATIENT

IDENTITE DES TITULAIRES DE L'AUTORITE PARENTALE SI MINEUR
ou TUTEUR/CURATEUR

Nom :

Mère :

Père :

Prénom :

Nom :

Nom :

Date de Naissance :

Prénom :

Prénom :

Je soussigné(e), sus nommé(e), reconnais avoir été informé(e) par le Pr/Dr.....
sur les examens des caractéristiques génétiques qui seront réalisés à partir :

- du (des) prélèvement(s) qui m'a (ont) été effectué(s)
- du (des) prélèvement(s) qui a (ont) été pratiqué(s) sur mon enfant mineur
- du (des) prélèvement(s) qui a (ont) été pratiqué(s) sur la personne dont j'assume la tutelle/curatelle

Pour (préciser la pathologie) :

Je donne mon consentement pour ce prélèvement et je reconnais avoir reçu l'ensemble des informations conformément aux articles R.162-16-7 du décret n°95-559 du 6 mai 1995 et R.145-15-4 du décret n°2000-570 du 23 juin 2000 du code de la santé publique, permettant la compréhension de cet acte biologique et sa finalité.

- Seuls les variants sur des gènes en rapport avec l'indication seront analysés.
- Seuls les variants pathogènes ou probablement pathogènes pouvant rendre compte du phénotype du patient seront rendus de façon systématique.
- L'interprétation complète des résultats peut reposer sur la définition de la parenté biologique qui peut être analysée sur ces prélèvements.

Ce résultat ne sera pas obligatoirement définitif : en cas de résultat négatif, de nouvelles analyses pourront être pratiquées en fonction de l'évolution des données publiques disponibles, et de nos capacités et moyens d'analyse.

Dans certains cas, les résultats pourraient être importants pour d'autres personnes de votre famille. J'autorise le médecin prescripteur à communiquer mes résultats au(x) médecin(s) prenant en charge un (des) membre(s) de ma famille si cela peut avoir des implications directes pour lui (eux).

Une fois l'étude terminée, j'autorise que le(s) prélèvement(s) soi(en)t inclus dans une collection d'échantillons de recherche et utilisé(s) à des fins de recherche sur l'affection dont je suis atteint(e) (ou mon enfant mineur).

Après anonymisation, j'autorise la communication à la communauté médicale et scientifique de données médicales et génétiques me concernant (ou mon enfant mineur), qui peuvent éventuellement être utiles (par l'intermédiaire de bases de données par exemple).

SIGNATURE :

Fait à Paris le.....

ATTESTATION DU MEDECIN*

Conformément à l'article R.1131-4 du décret n°2008-321 du 4 avril 2008, je certifie avoir informé le (ou la) patient(e) sus nommé(e) sur les caractéristiques de la maladie recherchée, des moyens de la détecter, du degré de fiabilité des analyses, des possibilités de prévention et de traitement, ainsi que des modalités de transmission génétique de la maladie recherchée et de leurs possibles conséquences chez d'autres membres de la famille.

Je certifie avoir recueilli le consentement du (ou de la) patient(e) dans les conditions de l'article R.1131-5.

Signature et cachet :

***RAPPEL CONCERNANT LA LEGISLATION**

(Conformément au décret n°2008-321 du 4 avril 2008 relatif à l'examen des caractéristiques génétiques d'une personne ou à son identification par empreintes génétiques à des fins médicales) : Le médecin prescripteur doit conserver le consentement écrit et les doubles de la prescription de l'examen des caractéristiques génétiques et des comptes rendus d'analyses de biologie médicale commentés et signés, dans le dossier médical de la personne concernée, dans le respect du secret professionnel (Art. R.1131-20). Le laboratoire agréé réalisant les examens doit : - disposer de la prescription et de l'attestation du prescripteur (Art. R.1131-5), - adresser le compte rendu des analyses génétiques commenté et signé par le praticien agréé conformément à l'article R.1131-6 ou par le praticien responsable de ces analyses (Art.R.113).

PROTECTION DES DONNEES PERSONNELLES : les informations personnelles recueillies via ce formulaire sont enregistrées dans un fichier informatisé par l'AP-HP/GUHEP pour offre de soins et hospitalisation. Elles sont destinées aux services internes et à aucune autre finalité que la présente ; leur durée de conservation est de 5 ans à compter de la fin du traitement ou de l'étude - Conformément au " Règlement General sur la Protection des Données Personnelles [RGPD]" et aux dispositions de la loi Informatiques et Libertés***, vous pouvez exercer vos droits d'accès, de rectification, d'opposition, de limitation du traitement etc...soumettre toute autre demande sur vos données en écrivant au service du Référent de protection des données : huep.protectiondesdonnees@aphp.fr

*** Règlement Européen UE 2016/679 du 27 avril 2016 et appliqué le 25/05/2018 -

*** Loi 78-17 du 06 janvier 1978 modifiée en 2004 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés.