



Laboratoires de Biologie Médicale
Bât 19, Tél : 03 89 12 42 32
Fax : 03 89 12 43 42

Etiquette Patient

Etiquette UF

Réservé Labo

Biologie Moléculaire Génétique Constitutionnelle

Zone d'horodatage

Examens sous-traités

Date de prélèvement : Jour 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31 jour

Mois JAN FEV MAR AVR MAI JUIN JUIL AOU SEP OCT NOV DEC

Heure : 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23

Minutes 15 30 45

Prescripteur (Nom, Prénom, Qualité) :

Préleveur (Nom, Prénom, Qualité) :

RENSEIGNEMENTS CLINIQUES

REEMPLIR IMPERATIVEMENT LE CONSENTEMENT ET L' ATTESTATION AU VERSO PAR UN MEDECIN SENIOR

(en l'absence du document complété, l'examen ne sera pas pratiqué conformément à la réglementation:
Décret n°2008-231 du 4 avril 2008 - Arrêté du 27 mai 2013)

1 tube EDTA à bouchon mauve pour les 3 examens

- Mutation du Facteur II de la coagulation (mutation g.20210 G>A de la prothrombine)
- Mutation du Facteur V de la coagulation (mutation p.R506 Q du facteur V (Leiden))
- Mutation du gène MTHFR

1 tube EDTA à bouchon mauve à température ambiante par gène demandé

- Gène HFE : Hémochromatose : Mutations C282Y et H63D
- Autres : Préciser nom du (ou des) gène(s) :.....
nom de la maladie :.....
Contexte clinique :.....

REEMPLIR IMPERATIVEMENT LE RECTO DE CETTE FEUILLE :

Etiquette patient, Etiquette UF,
Date et heure de prélèvement,
Prescripteur et préleveur



Laboratoires de Biologie Médicale
Bât 19, Tél : 03 89 12 42 32
Fax : 03 89 12 43 42

Biologie Moléculaire Génétique Constitutionnelle

CONSENTEMENT DU PATIENT

En vue d'un examen des caractéristiques génétiques d'une personne

(Décret n°2008-321 du 4 avril 2008 - Arrêté du 27 mai 2013)

- 1 copie à envoyer au laboratoire avec le prélèvement
- 1 copie à conserver dans le dossier médical

Je soussigné(e), NOM PRENOM Date de naissance

reconnais avoir été informé(e) par le Médecin Sénior (et non l'interne) Dr

des caractéristiques des examens génétiques qui seront réalisés à partir :

- Du prélèvement qui m'a été effectué
- Du prélèvement qui a été effectué sur mon enfant mineur ou sur la personne majeure sous tutelle pour lequel j'ai autorisé

Enfant : NOM PRENOM Date de naissance

Pour analyse de prédisposition génétique à la maladie suivante :

Je donne mon consentement pour ce prélèvement et je reconnais avoir reçu les informations (conformément aux articles R. 1131-4 et R. 1131-5 du code de la santé publique) me permettant de comprendre l'intérêt de ce prélèvement et sa finalité.

J'ai compris que cette étude peut entrer dans le cadre d'une étude familiale.

A tout moment je pourrai demander la destruction de mes prélèvements conservés au laboratoire.

J'ai compris que le résultat de cet examen est confidentiel et me sera remis par le médecin prescripteur à moi seul(e) et que je suis libre de refuser qu'il me soit communiqué.

J'autorise le recueil, la saisie et le traitement informatique des données médicales nécessaires à cet examen (loi 78-17 du 6 janvier 1978 dite "loi informatique et libertés").

Fait à, le Signature (obligatoire)

ATTESTATION DU MEDECIN SENIOR De consultation médicale individuelle

Je soussigné, Dr (médecin sénior et non l'interne) inscrit au conseil de l'ordre, certifie avoir informé le (ou la) patient(e) sus nommé(e) sur les caractéristiques de la maladie recherchée, les moyens de la détecter, des possibilités de prévention et de traitement, des modalités de transmission génétique de la maladie recherchée et de leurs possibles conséquences chez d'autres membres sa famille et avoir recueilli le consentement du (ou de la) patient(e) dans les conditions de l'article n°R. 1131-4. Je certifie que la prescription respecte les recommandations professionnelles en vigueur.

Cachet obligatoire du médecin prescripteur:

Fait à, le Signature (obligatoire)

RAPPEL CONCERNANT LA LEGISLATION

Conformément au décret n°2008-231 du 4 avril 2008 fixant les conditions de prescription et de réalisation des examens des caractéristiques génétiques d'une personne Le médecin prescripteur doit conserver le consentement écrit, les doubles de la prescription et de l'attestation, et les comptes-rendus d'analyses de biologie médicale commentés et signés (Art. R. 1131-20).

Le laboratoire agréé réalisant les examens doit :

- Disposer de la prescription et de l'attestation du prescripteur (Art. R. 1131-20).

- Adresser les comptes-rendus d'analyse commentés et signés par un praticien agréé (conformément à l'Art. R. 1131-6) exclusivement au médecin prescripteur qui communiquera les résultats de l'examen des caractéristiques génétiques à la personne concernée dans le cadre d'une consultation individuelle (Art. R. 1131-19).