

Prescription d'exploration génétique
CYTOGENETIQUE CONSTITUTIONNELLE
CARYOTYPE ET HYBRIDATION IN SITU

LABORATOIRE DE BIOLOGIE PATHOLOGIE
 Service de génétique chromosomique et moléculaire
 CHU - HÔPITAL NORD - 42055 Saint Etienne Cedex 2
 Génétique chromosomique Tél 04.77.82.80.48 Fax 04.77.82.82.59

<p>CHECK LIST (Réservée au demandeur)</p> <p><input type="checkbox"/> 1 tube de sang sur héparine (bouchon vert) à acheminer le plus rapidement possible à température ambiante (2 tubes si deux techniques demandées)</p> <p><input type="checkbox"/> Ce bon correctement rempli et signé par le prescripteur</p> <p><input type="checkbox"/> Consentement génétique et attestation de consultation (recto de ce bon ou à joindre)</p>	<p>CADRE RESERVE AU LABORATOIRE</p> <p>Date de réception : <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/> à <input type="text"/> h <input type="text"/></p> <p>Initiales du réceptionneur : <input type="text"/> <input type="text"/> Nombre de tubes: <input type="text"/></p> <p>Non-conformité <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui :</p> <p><input type="checkbox"/> Tubes non étiquetés <input type="checkbox"/> Discordance étiquetage</p> <p><input type="checkbox"/> Absence de consentement <input type="checkbox"/> Autre : _____</p>
--	--

<p>PRESCRIPTEUR (Senior)</p> <p>UF <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Libellé service _____</p> <p>Etablissement _____</p> <p>Nom et prénom _____</p> <p>Téléphone _____</p> <p>Date de prescription <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/></p> <p>Signature (obligatoire) _____</p>	<p>PATIENT</p> <p>Nom _____</p> <p>Nom de naissance _____</p> <p>Prénom _____</p> <p>Date de naissance <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/></p> <p>Sexe <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M</p>	<p>Si âge < 2 ans, identité de la mère</p> <p>Nom _____</p> <p>Nom de naissance _____</p> <p>Prénom _____</p> <p>Date de naissance _____</p>
<p>PRELEVEUR</p> <p>UF <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Libellé service _____</p> <p>Etablissement _____</p> <p>Nom et prénom _____</p>		

ECHANTILLON

Date de prélèvement / / Heure de prélèvement h **URGENT**

INDICATION DU CARYOTYPE (B800) / HYBRIDATION IN SITU (B500 ou B1000 selon le nombre de sondes métaphasiques / B500 si sonde interphasique)

- Troubles du développement**
 - Déficience intellectuelle
 - Trouble envahissant du développement
 - Troubles psychique
 - Anomalie génito-urinaire
 - Malformation, préciser
 - Dysmorphie, préciser
 - Suspicion de syndrome microdélétionnel, préciser
- Troubles de la reproduction**
 - Infertilité
 - Fausses-couches à répétition
 - Aménorrhée primaire
 - Insuffisance ovarienne précoce
 - Anomalie du développement pubertaire, préciser
- Suspicion de maladie cassante**, préciser
- analyse réalisée **uniquement** le lundi et mardi sur **rendez-vous**
- prévoir 2 tubes de sang sur héparine si aplasie médullaire
- Etude familiale**
 - Antécédents familiaux d'anomalie chromosomique, préciser
 - Parent d'un enfant porteur d'une anomalie chromosomique, préciser
- Don de gamète**
- Recherche d'une anomalie constitutionnelle après réalisation d'un examen somatique**
- Autre indication** :

PRECISIONS COMPLEMENTAIRES

CONSENTEMENT EN VUE D'UN EXAMEN A FINALITE MEDICALE DES CARACTERISTIQUES GENETIQUES CHEZ UNE PERSONNE

Loi n° 2004-800 du 6 août 2004, modifiée par Loi n° 2011-814 du 7 juillet 2011 relative à la bioéthique. Arrêté du 27 mai 2013. Recommandations de BP HAS « délivrance de l'information à la personne sur son état de santé » mai 2012. Décret 2013-527 du 20 juin 2013 relatif aux conditions de mise en œuvre de l'information de la parentèle dans le cadre d'un examen des caractéristiques génétiques à finalité médicale

PATIENT <small>(coller étiquette ou remplir les champs)</small> Nom Prénom Date de naissance <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>	REPRESENTANTS LEGAUX <small>(si patient mineur ou majeur sous tutelle)</small> Nom Prénom Lien avec le patient :
--	---

Je soussigné(e) reconnais avoir été informé(e) par :

Docteur
 Conseiller(ère) en génétique sous la responsabilité du Dr.....

quant à l'examen des caractéristiques génétiques qui sera réalisé :

sur moi-même
 sur mon enfant mineur ou sur la personne majeure placée sous tutelle

INDICATION DE L'ANALYSE

J'autorise, dans le respect du secret médical (rayer les mentions refusées) :

- La **transmission des informations** nécessaires aux médecins et biologistes réalisant cet examen.
- La **conservation du prélèvement** et son utilisation ultérieure pour poursuivre les investigations diagnostiques.
- Le **partage** des données cliniques et génétiques, de manière **anonymisée**, sur des bases de données sécurisées locales, nationales, ou internationales pour permettre d'établir le diagnostic.
- L'utilisation du prélèvement de manière anonyme **pour la recherche scientifique et médicale**.
- La révélation d'**informations génétiques sans lien direct avec la prescription** mais pouvant avoir un impact sur ma santé ou celle d'apparentés.

Information à la parentèle : j'ai compris que si une anomalie génétique pouvant être responsable d'une prédisposition ou d'une affection grave était mise en évidence, **je devrai assurer la transmission de cette information aux apparentés concernés**, ou à défaut autoriser le médecin prescripteur à cette diffusion d'information. J'ai été averti que mon silence pouvait leur faire courir des risques ainsi qu'à leur descendance, dès lors que des mesures de prévention, y compris de conseil génétique ou de soins, peuvent être proposées.

Je reconnais avoir reçu l'ensemble des informations permettant la compréhension de cet examen et sa finalité.
 Le résultat de l'examen **me sera rendu et expliqué en l'état actuel des connaissances par le médecin qui me l'a prescrit**. Ce dernier m'expliquera les moyens de prise en charge nécessaire le cas échéant.

Fait à	<input type="text"/>	Signature patient (ou représentants)
Le	<input type="text"/>	

Tout consentement non signé empêche la réalisation de l'examen.

Conformément à la loi « informatique et libertés », les données informatiques de mon dossier médical sont protégées par ces dispositions (Loi n°78-17 de janvier 1978, modifiée). Vous disposez à tout moment d'un droit d'accès et de rectification, par l'intermédiaire du médecin prescripteur.

ATTESTATION DE CONSULTATION MEDICALE

Je soussigné(e), Docteur
 Conseiller(ère) en génétique sous la responsabilité du Dr.....

Certifie avoir informé le (ou la) patient(e) ou ses représentants légaux, des caractéristiques de la maladie recherchée, des moyens de la diagnostiquer, des possibilités de prévention et de traitement, du stockage du prélèvement, et avoir recueilli le consentement du (ou de la) patient(e) ou de sa tutelle dans les conditions prévues par le code de la santé publique (articles R1131-4 et 5).

Fait à	<input type="text"/>	Signature prescripteur (et cachet)
Le	<input type="text"/>	

Toute attestation non signée empêche la réalisation de l'examen.