



## SERVICE D'HEMATOLOGIE BIOLOGIQUE

Laboratoire de Biologie Moléculaire et Diagnostic Prénatal de l'hémostase

Laboratoire autorisé par l'arrêté préfectoral 01-451 du 16 octobre 2001

3<sup>ème</sup> étage – 59 Boulevard Pinel 69677 BRON Cedex

Téléphone : 04.27.85.66.18

Fax : 04.72.35.73.35

**EXAMEN DES CARACTERISTIQUES GENETIQUES APPLIQUEES AUX PATHOLOGIES  
DE L'HEMOSTASE**

<p><b><u>Identification du Patient</u></b></p> <p>NOM : .....</p> <p>Prénom : .....</p> <p>Date de naissance : .....</p> <p>Lieu de naissance : .....</p>	<p><b><u>Identification du titulaire de l'autorité parentale si mineur</u></b></p> <p>NOM .....</p> <p>Prénom.....</p>
---	--

**PRESCRIPTION D'ETUDE GENETIQUE**

Hémophilie A

 Hémophilie B Maladie de WillebrandMutation Leiden du gène *F5* variant G20210A du gène *F2*

Autres : à préciser.....

**CONSENTEMENT DU PATIENT OU DE L'AUTORITE PARENTALE**

Après consultation médicale, prévue par le décret 2000-570 du 23 Juin 2000, je soussigné(e).....

Déclare avoir été informé(e) sur les caractéristiques de la(es) maladie(s) recherchée(s), les moyens de la(es) détecter ainsi que sur les points suivants :

- Les analyses à visées dans ce document seront effectuées dans un laboratoire autorisé à pratiquer de telles analyses par le ministère chargé de la santé ;
- Je suis invité(e) à prendre un second rendez-vous de consultation auprès du médecin qui m'a prescrit ces examens afin qu'il m'en commente les résultats et m'indique les possibilités de prévention et de traitement.

Je consens au prélèvement ainsi qu'à l'étude génétique pour laquelle il est effectué :

pour moi-même

 pour mon enfant mineur.....

J'autorise la conservation d'ADN ou de lymphocytes à des fins médicales diagnostiques dans une biothèque et je demande que le Docteur..... et lui seul assure la responsabilité de l'utilisation actuelle et future de cet échantillon. Aucune utilisation de cet échantillon ne pourra être effectuée sans son autorisation écrite et signée

pour moi-même

 pour mon enfant mineur.....

Fait à....., le.....

Signature :

**ATTESTATION DU MEDECIN PRESCRIPTEUR**

<p>Je certifie avoir procédé à une consultation médicale durant laquelle les informations sur les caractéristiques des maladies recherchées et les moyens de les détecter ont été données au (à la) patient(e) sus nommé(e), en vue d'examen de caractérisation génétique dans le domaine de l'hémostase.</p>	<p>Nom, Signature et cachet du Médecin prescripteur</p>
---	---

**RAPPEL CONCERNANT LA LEGISLATION**

Conformément au décret n°2000-570 du 23 Juin 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 de consultation médicale, et les comptes rendus d'analyses de biologie médicale commentés et signés (Art. R.145-15-15). Le laboratoire agréé réalisant les examens doit disposer de la prescription et de l'attestation de consultation médicale du prescripteur (Art. R.145-15-15), adresser le compte rendu d'analyse de biologie médicale commenté et signé par un praticien responsable et agréé conformément à l'Art.R.145-15-6 exclusivement au médecin prescripteur des examens génétiques (Art. R.145-15-14).