|  |
| --- |
| Centre de Biologie et de Recherche en Santé  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|

|  |
| --- |
| Service de Biochimie et génétique moléculaire – Pr Franck Sturtz **ORDONNANCE EXAMENS DE GENETIQUE MOLECULAIRE** *Tel : 05 55 05 63 41 – Fax : 05 55 05 64 02 – laboratoirebiochimie@chu-limoges.fr*  |

 |  |

  2 avenue Martin Luther King - 87042 LIMOGES Cedex

|  |  |
| --- | --- |
| **Patient** (ou étiquette) | **Prescripteur (**Sénior obligatoire**)** |
| *Nom : ……………………………….... Prénom ……………………………….... Nom de naissance ………………………………….* *Date de naissance : ……………………………….…* *Sexe :*  *M*  *F*  | *Nom, prénom :………………………………………………..…… Service : ……………………………………………………...…….* *Adresse : ……………………………………………………….…..* *Téléphone :*………………………………………………….. |

|  |
| --- |
| **Prélèvement**  |
| Date : ……………..heure :…………………..Préleveur :………………………….. * **Sang EDTA (** **6 mL X2)**  **ADN extrait (***Préciser l’origine du prélèvement* ): ……………………………………………….
* **Autre –***Préciser* **:** ………………………

Joindre les renseignements cliniques, la fiche ou copie du compte-rendu d’examen clinique, **le consentement éclairé** **signé** par le **Patient** **ET** le **Médecin** (voir au verso),un arbre généalogique détaillé si forme familiale  |

|  |
| --- |
| **Indication de l’analyse**  |
| * Cas index  1er prélèvement  2ème prélèvement  DPN
* Etude familiale : Préciser – Nom, prénom, DDN………………………………………………..
	+ Lien de parenté…………………………………………………………………………………
	+ Gène/mutation identifiée :…………………………………………………………………..…
* Urgent (A justifier dans le contexte clinique) : ………………………………………………………………………………………………..
 |

# Examens de génétique moléculaire réalisés dans le service (Postes 51037 – 51046)

* Mucoviscidose (gène CFTR)  CMT : Charcot-Marie-Tooth
* Hémochromatose (Gène HFE1)  HNPP : Neuropathie tomaculaire
* Syndrome de l’X fragile  Polyneuropathie familiale amyloïde : gène TTR
* Hypo / Hypercalcémie familiale  CaSR –  GCMB  Syndrome oculo dento digital (gène GJA1)

 Hypo / Hyperparathyroïdie  GATA3 –  PTH –  AP2S1  Extraction d’ADN pour conservation en banque

|  |
| --- |
| **Examens de génétique moléculaire à transmettre à un laboratoire extérieur (Poste 52145)**  |
|  **Maladie**:…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………… **Et / ou Gène (s**) ………………/………………/ ………………/………………./………………/………………/………………../ Renseignements complémentaires     |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|

|  |
| --- |
| *RESERVE AU* *LABORATOIRE QR Code*  |

 |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|   *ETIQUETTE SERVICE*    |  | *RESERVE* *AU* *LABORATOIRE*  |

 |

 PBH PREA 0027 D – GEF 55523

## CONSENTEMENT EN VUE D’UN EXAMEN DES CARACTERISTIQUES GENETIQUES

 **D’UNE PERSONNE A DES FINS MEDICALES**

(Conformément aux décret du 04/04/ 2008, arrêté du 27/05/2013, arrêté du 08/12/2014, articles L.1111-2, L.1131-1-2, L.6211-2, R 1131-4, R 1131-5 du code de la santé publique)

 **- 1 EXEMPLAIRE à compléter et à renvoyer au laboratoire avec le prélèvement - 1 COPIE à conserver dans le dossier médical**

#  ATTESTATION D’INFORMATIONS

Je soussigné(e)………….…………….……………………**Docteur en Médecine, Service** …….………………………….…………………ou **conseiller(ère) en génétique(1)**, sous la responsabilité du **Dr**……………………………………………………………………………..

\*atteste avoir reçu en consultation le (la) patient(e) sous nommé(e). \*certifie avoir informé le (la) patient(e) :

* des spécificités de la maladie recherchée**(1)**, la susceptibilité à la maladie**(1)** ou à un traitement médicamenteux**(1)**;
* des possibilités de prévention, de traitement et de diagnostic prénatal;
* des finalités (diagnostic, étude familiale), des limites (limites des techniques et des connaissances) et du degré de fiabilité de l’analyse génétique; - du risque de n’avoir aucun résultat;
* du risque éventuel d’identification de caractéristiques génétiques sans relation directe avec la prescription; - des modalités de communication des résultats, y compris des délais probables; - des conséquences familiales du résultat de l’examen génétique.

\* en cas de diagnostic d’une anomalie génétique responsable d’une maladie grave susceptible de mesure de prévention, certifie avoir prévenue le (la) patient(e),

* de l’importance d’informer la parentèle potentiellement concernée;
* de l’importance de communiquer le résultat au responsable du centre d’assistance médicale à la procréation si la personne a fait un don de gamètes ou d’embryons.

\*et avoir recueilli son consentement de manière libre et éclairée.

|  |  |
| --- | --- |
| **Fait à** ………………………………….  | **Signature et nom** du médecin  |
| **le** ………………………………………    | ou du (de la) conseiller(ère) en génétique  |

# CONSENTEMENT

Je soussigné(e) Mme, M**(1)**….………………..…………………..……………………………………….né(e) le ……………………… représentant légal de l’enfant mineur ou de la personne majeure sous tutelle**(1)**

Nom, Prénom : ……………………………………..……………..……………………………né(e) le………………………

reconnais avoir reçu l’ensemble des informations permettant la compréhension des analyses et examens des caractéristiques génétiques à des fins médicales qui seront réalisés. **Les examens demandés et les indications sont mentionnés au recto.**

* **Je consens au prélèvement qui sera effectué chez moi, chez mon enfant mineur, chez mon fœtus ou chez une personne majeure sous tutelle(1)**
* Je souhaite que les résultats me soient communiqués par le médecin prescripteur. En cas de refus, cocher ici  NON
* J’autorise la conservation de matériel biologique pour d’éventuelles analyses ultérieures en fonction des nouvelles connaissances et des évolutions techniques. En cas de refus, cocher ici  NON
* Je souhaite être informé(e) des caractéristiques génétiques sans relation directe avec le motif de la prescription. En cas de refus, cocher ici  NON

Je m’engage en cas de diagnostic d’une anomalie génétique responsable d’une maladie grave, - à communiquer les résultats aux membres de ma famille, - ou à en faire la demande auprès du prescripteur.

|  |  |
| --- | --- |
| Fait à ………………………………….  | Signature du patient majeur,  |
| le ………………………………………     | du représentant légal du mineur ou du tuteur de la personne majeure  |

Ces analyses seront réalisées dans un établissement public de santé ou un laboratoire d’analyses de biologie médicale autorisé à les pratiquer.

**Conformément à la loi, le résultat ne pourra vous être communiqué que par le prescripteur.**

(1) – Rayer les mentions inutiles

 PBH PREA 0046 C