ETUDE DE L'HEMOGLOBINE

Prescription et renseignements clinico-biologiques

Secrétariat :
Tél : +33 1 34 40 97 76
Fax : +33 1 34 40 21 29

e-mail : intfr@lab-cerba.com

LABORATOIRE AUTORISE POUR LA REALISATION DES EXAMENS DES CARACTERISTIQUES GENETIQUES D'UNE PERSONNE

PATIENT	MEDECIN PRESCRIPTEUR
Nom	Nom .....Prénom.....
Prénom.....	Adresse.....
Date de naissance	.....
Adresse.....	Tel : .....Fax : .....
.....	N° FINESS : .....
.....	SIGNATURE :
.....	

ETUDE DEMANDEE

Code nomenclature 1120 soit B120

☐ **Etude de l'hémoglobine** (Electrophorèse+CLHP) → *Sang total EDTA*

+/- ☐ Identification moléculaire d'un variant (autre que S, C ou E) → *+ attestation/consentement*

Codes nomenclatures 4054 à 4059

☐ **Etude des gènes de l'hémoglobine*** → *Sang total EDTA + attestation/consentement*

○ drépanocytose ○ Hb C ○ Hb O-Arab ○ Hb D-Punjab
○ α-thalassémie** ○ β-thalassémie ○ Hb Lepore** ○ autre étude :.....

* doit être accompagnée obligatoirement d'une étude de l'hémoglobine et d'une NFS des parents
** examen transmis

INDICATION

☐ Dépistage systématique (conseil génétique dans le cadre d'une grossesse, origine ethnique à risque …)

☐ Antécédent familial (préciser) :.....

☐ Bilan étiologique d'une microcytose et/ou polyglobulie inexpliquée

☐ Suivi d'une hémoglobinopathie connue (préciser laquelle) :.....

☐ Découverte fortuite d'un variant de l'Hb lors du dosage HbA1c

☐ Bilan étiologique d'une anémie hémolytique

☐ Autre (préciser) :.....

RENSEIGNEMENTS CLINIQUES INDISPENSABLES A L'INTERPRETATION DES ANALYSES

NFS (joindre résultat) : Globules rouges …… T/l Hb…….g/dl VGM……fl Réticulocytes …… G/l

Bilan martial : Ferritine……..…g/dl CST……

Transfusion ☐ donnée inconnue ☐ non ☐ oui (date) :.....

Hémolyse ☐ donnée inconnue ☐ non ☐ oui ☐ bilirubine ☐ haptoglobine ☐ splénomégalie

Arbre généalogique/ Origine géographique et ethnique

Secrétariat :
Tél : +33 1 34 40 97 76
Fax : +33 1 34 40 21 29
e-mail : intfr@lab-cerba.com

CONSENTEMENT EN VUE D'UN EXAMEN DES CARACTERISTIQUES GENETIQUES D'UNE PERSONNE

(décret n°2008-321 du 4 avril 2008)

- **1 COPIE à envoyer au Laboratoire avec le prélèvement**
- **1 COPIE à conserver dans le dossier médical**

ATTESTATION DE CONSULTATION MEDICALE INDIVIDUELLE Préalable à la réalisation des examens des caractéristiques génétiques d'une personne et de son identification par empreintes génétiques à des fins médicales

Je soussigné……Docteur en Médecine,

Conformément aux articles R.1131-4 et R. 1131-5 du décret n° 2008-321 du 4 avril 2008, certifie avoir reçu en consultation ce jour le(la) patient(e) sous-nommé(e) afin de lui apporter les informations sur les caractéristiques de la maladie recherchée, des moyens de la détecter, des possibilités de prévention et de traitement.

Fait à , le ……

Signature du médecin	Coordonnées du Médecin Prescripteur

CONSENTEMENT POUR LA REALISATION D'EXAMENS DES CARACTERISTIQUES GENETIQUES D'UNE PERSONNE Conformément aux articles 1131-4 et 1131-5 du 4 avril 2008

Je soussigné(e) M……né (e) le ……

Demeurant à : ……..

Reconnais avoir reçu par le Dr…… les informations sur les examens des caractéristiques génétiques qui seront réalisés afin :

- de confirmer ou d'infirmer le diagnostic d'une maladie génétique en relation avec mes symptômes ;
- de confirmer ou d'infirmer le diagnostic pré-symptomatique d'une maladie génétique ;
- d'identifier un statut de porteur sain (recherche d'hétérozygote ou d'un remaniement chromosomique)
- d'évaluer ma susceptibilité génétique à une maladie ou à un traitement médicamenteux.

Pour cela, je consens :

- au prélèvement qui sera effectué chez moi
- au prélèvement qui sera effectué chez mon enfant mineur ou une personne majeure sous tutelle
- au prélèvement qui sera effectué chez mon fœtus mort

Si une partie du prélèvement reste inutilisée après examen,
☐ je consens à ce qu'il puisse être intégré, le cas échéant, à des fins de recherche scientifique.
Dans ce cas, l'ensemble des données médicales me concernant seront protégées grâce à une anonymisation totale. En conséquence, je suis conscient que ces études scientifiques effectuées ne seront sans aucun bénéfice ni préjudice pour moi.

Fait à , le ……

Signature du patient adulte
ou du représentant légal de l'enfant mineur
ou du tuteur légal de l'adulte sous tutelle :