



Examen des caractéristiques génétiques d'une personne

La version informatique fait foi (et inclut la fiche de vie).

Application le 17/07/2015
Document valide au moment de l'impression, le 10/06/2019

Prélèvement le ___ / ___ / ___ à ___ H ___ par Nom : fonction :

Examen prescrit par le Dr : (Sénior)

Examen adressé par :

Référence dossier : N° Nom

Motif de la prescription

Joindre impérativement des **informations cliniques détaillées** (informations au dos, courrier médical)

- Maladie, Symptôme (préciser) :
- Troubles de la reproduction (préciser) :
- Enquête familiale (préciser) :
- Examen réalisé dans le cadre d'une grossesse
- Autres :

Nature du prélèvement

Modalités : voir verso

- Sang
- Tissu (localisation) :
- Autre :

Examen(s) demandé(s)

examens **uniquement sur rendez-vous** (☎ 91899)

- Caryotype constitutionnel
- FISH (préciser) :
- Biologie moléculaire
- Autre :

Aucune analyse ne pourra être réalisée en l'absence de l'attestation médicale et du consentement du patient

ATTESTATION DE CONSULTATION

En application de l'article L.1131-1 et de l'article R.1131-4/5 du code de la santé publique,

le Docteur

atteste avoir effectué avant prélèvement pour :

M., Mme, Melle
né(e) le :

Une consultation médicale individuelle qui a permis d'informer :

- la personne des caractéristiques de la maladie recherchée et des moyens de la détecter
- des possibilités de prévention, de traitement, de diagnostic prénatal
- des conséquences familiales du résultat du test génétique
- du risque éventuel d'identification de caractéristiques génétiques sans relation directe avec la prescription et des limites des techniques réalisées
- du droit de connaître ou de refuser de connaître les résultats
- des délais de rendu des résultats.

Date :

Signature du médecin prescripteur :

CONSENTEMENT LIBRE ET ECLAIRE

Après la consultation médicale prévue à l'article L.1131-1 et l'article R.1131-4/5 du code de la santé publique,

je soussigné(e) : né(e) le

tuteur légal de : né(e) le

déclare avoir été informé(e) par le Docteur

sur les analyses de cytogénétique ou de génétique moléculaire qui seront faites à partir du prélèvement réalisé ce jour sur :

- ma personne
- mon enfant mineur ou une personne majeure sous tutelle

Cette étude étant réalisée dans un but diagnostic et/ ou de recherche, j'autorise l'utilisation des différentes techniques nécessaires à cette étude. L'analyse peut révéler d'autres caractéristiques que celles recherchées dans mon cas.

Le résultat de l'examen me sera rendu et expliqué par le médecin qui me l'a prescrit.

J'autorise :

- Le prélèvement et la réalisation de(s) l'analyse(s) proposée(s).
- La conservation de l'échantillon.

Date :

Signature de l'intéressé(e) :