AP-HP. Hôpitaux universitaires Henri-Mondor

DEPARTEMENT DE BIOCHIMIE - BIOLOGIE MOLECULAIRE – PHARMACOLOGIE - GENETIQUE MEDICALE (Pr B. FUNALOT)

Génétique

GEN

Version 2022

Etiquette patient
ou
Nom :
Nom usuel :
Prénom :
Né(e) le : Sexe :

Etiquette Service

CONTACT LABORATOIRE
Secrétariat :
Tél. : 01 49 81 28 73
Fax : 01 49 81 22 19

La prescription doit être réalisée par un médecin senior en mesure de suivre le patient et de lui rendre les résultats de l'analyse génétique

Nom du médecin prescripteur : *écrire lisiblement* ..... Téléphone : ..... **Signature** :	Hôpital : ..... Service : ..... Adresse : ..... Ville :	Identité du préleveur : ..... Téléphone : ..... Date de prélèvement : ...../...../..... Heure de prélèvement : ..... Date d'envoi : ...../...../.....

EXTRACTION ET CONSERVATION DE L'ADN EN VUE D'UNE ETUDE GENETIQUE

NOM DE LA MALADIE : .....
Joindre un compte-rendu clinique

Sujet prélevé : ☐ Atteint ☐ Non atteint

Famille/individu connu ? ☐ **OUI** ☐ **NON**

❑ **dans notre laboratoire**
Famille de référence :
(nom de famille du cas index)

❑ **dans un autre laboratoire**
(indiquer lequel) :

Lien de parenté
avec le cas index : .....

Mise en banque pour

❑ **Envoi ultérieur**
- ❑ 2ème prélèvement
- ❑ en attente de renseignements

❑ **Sauvegarde à visée diagnostique**

❑ **Protocole de recherche**
Nom du protocole : .....

❑ **Autres** (préciser) : .....

Arbre généalogique
(indiquer les origines géographiques)

Consanguinité : ❑ oui ❑ non ❑ non recherchée
(si oui, l'indiquer sur l'arbre)

ATTESTATION DE CONSEIL GÉNÉTIQUE ET DE RECUEIL DE CONSENTEMENT

Je soussigné, Dr / CG ....., certifie que, conformément au Code Civil (Art.16-10) et au Code de la Santé Publique (Art. R1131-5 ou, pour le diagnostic prénatal, R2131-2), j'ai informé le sujet des caractéristiques de la maladie, des moyens de la détecter, du degré de fiabilité des analyses, des possibilités de prévention et de traitement, des modalités de transmission génétique et leurs possibles conséquences chez d'autres membres de sa famille (Art. R1131-4 du CSP) et que je suis en possession du consentement éclairé signé par le sujet ou son tuteur légal *dans le cadre de l'examen des caractéristiques génétiques à des fins médicales.*

Date : Signature du Médecin / CG :

INFORMATIONS POUR LE PRESCRIPTEUR

MODALITÉS DE PRÉLÈVEMENT ET D'EXPÉDITION
- Prélèvement : sang sur EDTA (violet), 2 tubes de 2mL (enfant) à 5mL (adulte)
- Envoi par transport rapide et spécifique selon la réglementation ADR à température ambiante. NE PAS CONGELER

DOCUMENTS A JOINDRE A TOUT PRÉLÈVEMENT
- ❑ la feuille de demande remplie et signée par le prescripteur
- ❑ un compte-rendu clinique ou paraclinique si pertinent
- ❑ un bon de commande

ADRESSE DU LABORATOIRE
DMU Biologie-Pathologie Laboratoire de Génétique
HU Henri Mondor, 1 rue Gustave Eiffel
F-94010 CRÉTEIL CEDEX

Cadre réservé au laboratoire

N° de famille : N° ADN :
Date et heure de réception :
ID du technicien :
Nature du prélèvement : ❑ Sang
❑ Autres : .....
Nb de tubes : éch. surnuméraires ? ❑ Oui ❑ Non