

*Etiquette patient
ou*

Nom :
Nom usuel :
Prénom :
Né(e) le : Sexe :

Etiquette Service

CONTACT LABORATOIRE

Secrétariat :
Tél. : 01 49 81 28 73
hmn-secretariat.genetique@aphp.fr

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 : <i>écrire lisiblement</i> Téléphone : Signature :	Hôpital :	Identité du préleveur :
	Service :	Téléphone :
	Adresse :	Date de prélèvement :/...../.....
	Ville :	Heure de prélèvement : Date d'envoi :/...../.....

ANALYSE FONCTIONNELLE : ETUDE DE L'ARN

NOM DE LA MALADIE :

Joindre un compte-rendu clinique et le compte-rendu d'analyse moléculaire justifiant la demande

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 :

Gène à analyser :

- ☐ exploration d'un variant de signification clinique incertaine
- ☐ recherche d'une deuxième mutation chez un patient avec une seule mutation causale identifiée dans un gène récessif
- ☐ exploration d'un gène sans aucune mutation retrouvée mais pour lequel le patient a un phénotype caractéristique

La cotation varie de RIHN500 à RIHN3000.

☐ **En cochant cette case**, le prescripteur confirme que cette analyse fonctionnelle est prescrite après accord du biologiste responsable de l'analyse.

Il a compris que les analyses d'ARN ne permettent pas toujours d'aboutir à un résultat concluant.

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 Paxgene**, 2 tubes, Envoi dans les 24h par transport rapide et spécifique selon la réglementation ADR à température ambiante.
- **Pour tout autre type de prélèvement, contacter le laboratoire.**

DOCUMENTS A JOINDRE A TOUT PRÉLÈVEMENT

- ☐ la feuille de demande remplie et signée par le prescripteur
- ☐ un bon de commande

ADRESSE DU LABORATOIRE

DMU Biologie-Pathologie Laboratoire de Génétique
HU Henri Mondor, 1 rue Gustave Eiffel
F-94010 CRÉTIL CEDEX

**Cadre réservé au laboratoire
de Génétique**

N° de famille :

Etiquette dossier

Etiquette ARN