

## Bon de demande Génétique moléculaire constitutionnelle

### Génétique et oncologie moléculaire

Tél : 04 72 80 25 77 • Fax : 04 72 80 25 79

Email : Secretariat.Genetique@biomnis.eurofinseu.com

### MÉDECIN PRESCRIPTEUR

N° RPPS\* : .....

Nom : ..... Prénom : .....

Adresse : .....

CP : ..... Ville : ..... Pays : .....

Tél. : ..... Fax : .....

### PATIENT(E)

N° Identifiant Patient Permanent\* : .....

Nom\* : ..... Prénom\* : .....

Nom de naissance\* : .....

Date de naissance\*\* : .....

Sexe\* :  F  M

Adresse\* : .....

CP\* : ..... Ville\* : .....

Pays\* : ..... Tél.\* : .....

Email\* : .....

\*Champs obligatoires

\*\*Si le (la) patient(e) est mineur(e), le consentement doit être donné par les titulaires de l'autorité parentale.

### INFORMATIONS OBLIGATOIRES SI FACTURATION TIERS PAYANT

\*\*\*Renseigner obligatoirement les champs Sécurité Sociale et mutuelle ci-dessous

(informations disponibles sur l'attestation de droits à l'Assurance maladie)

Organisme de rattachement sécurité sociale\*\*\* : .....

Code gestion\*\* : .....

N° de sécurité sociale\*\*\* : .....

Informations mutuelle\*\*\* : Nom de la mutuelle : .....

N° AMC (Assurance Maladie Complémentaire) : ..... N° adhérent : .....

### SIGNE(S) CLINIQUE(S) - A remplir obligatoirement

Date de prélèvement : .....

Nature de prélèvement : .....

### DEMANDE D'ANALYSE DE GÉNÉTIQUE MOLÉCULAIRE

 Alpha-1-antitrypsine (variants S et Z) (A1BM) Amylose héréditaire à transthyrétine :  
Etude du gène TTR<sup>[1]</sup> (TTR) Angelman (syndrome de)  
(Postnatal : SNRPS / Prénatal : SNRPL) Disomie Uniparentale (DUPRE) Exome<sup>[1]</sup> (EXOME) : bon spécifique disponible sur  
[www.eurofins-biomnis.com](http://www.eurofins-biomnis.com). Facteur II (mutation g.20210G>A) (F2M) Facteur V Leiden (mutation p.Arg506Glu) (F5L) Fièvre méditerranéenne Familiale (FMF) :  
étude du gène MEFV<sup>[1]</sup> (FMF)Joindre la fiche de renseignements cliniques  
disponible sur [www.eurofins-biomnis.com](http://www.eurofins-biomnis.com) Génotypage des allèles \*2/\*3 du CYP2C19 (CYP2C) Génotypage de l'apoE (APEBM), dans le contexte de :  
 dyslipidémie  maladie neurodégénérative Génotypage de la DPD<sup>[1]</sup> (5FUGE) Génotypage de l'IL-28B<sup>[1]</sup> (IL28B) Génotypage RHD (BMGR) Gilbert (syndrome de) (polymorphisme  
UGT1A1\*28) (GILB) Hémochromatose : mutation p.Cys282Tyr : remboursé (HMC)<sup>[2]</sup>  non remboursé (HMCNR) Hémochromatose : mutation p.His63Asp<sup>[1]</sup> (H63D) Hémochromatose : mutation p.Ser65Cys<sup>[1]</sup> (S65C) HLA classe I - Génotypage HLA-C (HLCT) HLA classe I (loci A, B) (HLA1) :  
 A\*29  B\*27  B\*51  B\*57 HLA classe II (loci DQ, DR) (HLA2) :  
 DR4  DQ2  DQ8  DQB1\*0602 HLA-B\*27<sup>[1]</sup> (B27BM) Intolérance au lactose<sup>[1]</sup> (LCT) Microdélétions du chromosome Y (loci AZFa,  
AZFb et AZFc)<sup>[1]</sup> (DELY) MTHFR (Méthylène tétrahydrofolate réductase  
variant thermolabile, mutation c.677C>T)<sup>[1]</sup> (MTHFR) MTHFR (Méthylène tétrahydrofolate réductase,  
mutation c.1298A>C)<sup>[1]</sup> (MTHF2) MUC1 Variation 27dupC (MUC1) Mucoviscidose (CFTR, recherche des mutations  
les plus fréquentes) (MUCO) :  
bon spécifique disponible sur [www.eurofins-biomnis.com](http://www.eurofins-biomnis.com) Prader-Willi (syndrome de) (Postnatal : SNRPS /  
Prénatal : SNRPL) Puce à ADN/ACPA (SNP array) (SNPRE) qPCR (QPOST) : nous contacter (joindre la fiche R66) Sanger (SEPOS) : nous contacter (joindre la fiche R66). UGT1A1 - Evaluation du risque toxique à  
l'irinotécan (UGT1A) X fragile (syndrome de l') (Postnatal : XFRA /

Prénatal : XFRAP)

 Autres - préciser : .....Cachet ou étiquette code barre  
de l'hôpital ou du laboratoire

### CONSENTEMENT EN VUE D'UN EXAMEN DES CARACTÉRISTIQUES GÉNÉTIQUES D'UNE PERSONNE

(Conformément aux articles R.1131-4 et  
R.1131-5 du code de la santé publique).

Je soussigné(e) .....

né(e) le .....

► reconnais avoir reçu par le Dr :

les informations sur les examens des caracté-  
ristiques génétiques qui seront réalisés afin : de confirmer ou d'infirmer le diagnostic d'une  
maladie génétique en relation avec mes  
symptômes, ceux de mon enfant mineur ou  
ceux de la personne majeure sous tutelle pour  
laquelle je suis le représentant légal ; 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 chromo-  
somique) ; d'évaluer la 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 pour laquelle je suis le représentant légalJe suis informé(e) que les résultats de l'examen  
des caractéristiques génétiques me seront transmis  
par le Docteur sus-nommé dans le cadre d'une  
consultation individuelle. Si l'examen révèle  
des résultats autres que ceux recherchés, le Dr  
sus-nommé déterminera la conduite à tenir lors  
d'une consultation individuelle.► 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 médi-  
cales 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 ou des titulaires de  
l'autorité parentale de l'enfant mineur ou  
du tuteur du majeur sous tutelle :

### ATTESTATION DE CONSULTATION

(Décret n° 2008-321 du 4 avril 2008  
- arrêté du 27 mai 2013).

Je soussigné .....

Docteur en Médecine, conformément aux  
articles R.1131-4 et R. 1131-5 du code de la  
santé publique, certifie avoir reçu en consul-  
tation 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 :