

**Attestation de consultation et consentement en vue
d'un examen des caractéristiques génétiques d'une personne**

(Décret n° 2008-321 du 4 avril 2008)

1 COPIE à joindre au 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(e) 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**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/Mme né(e) le .. / .. / ..

demeurant à :

reconnais avoir été informé(e) par le Dr sur les examens des
caractéristiques génétiques qui seront réalisés à partir :

- de mon prélèvement sanguin;
- du prélèvement sanguin réalisé chez mon enfant mineur;

dans le but :

- de confirmer ou d'infirmer le diagnostic d'une maladie génétique suivante :
- de rechercher un état hétérozygote en vue d'un conseil génétique;
- de rechercher un remaniement chromosomique.

Je donne mon consentement pour ce prélèvement et je reconnais avoir reçu l'ensemble des informations
permettant la compréhension de cet acte biologique et sa finalité.Je consens / ne consens pas, à la conservation de l'ADN extrait à partir de cet échantillon dans le cadre d'éventuelles
recherches.

Fait à le : .. / .. / ..

Signature du patient adulte ou du représentant légal de l'enfant mineur

**Fiche de renseignements et de demande d'analyses génétique post-natales**

Document à joindre au consentement obligatoire du patient

PATIENT(E)

Nom : Prénom :
Date de naissance : .. / .. / ..
Adresse :
Code postal : Ville :
Tél. domicile : .. / .. / .. / .. / .. - Tél. travail : .. / .. / .. / .. / ..
Tél. portable : .. / .. / .. / .. / .. - Mail : @
Nom et prénom du conjoint :

MEDECIN

Nom : Prénom :
Hôpital ou Clinique :
Adresse :
Téléphone : .. / .. / .. / .. / .. - Fax : .. / .. / .. / .. / ..
Mail : @

INDICATIONS

- Infertilité :**
- | | | | |
|--------------------------------------|-----------------------------------|--|--|
| <input type="checkbox"/> Azoospermie | <input type="checkbox"/> OAT | <input type="checkbox"/> Echec PMA | <input type="checkbox"/> Agénésie déférentielle/ABCD |
| <input type="checkbox"/> Pré FIV | <input type="checkbox"/> Pré ICSI | <input type="checkbox"/> Don d'ovocyte | |
- Autres indications d'infertilité :
- Fausse couches à répétition** : Nombre :
- Retard mental / Retard de croissance**
- Enquête familiale** (pathologie/cas index) :
- Autre indication** :

ANALYSES DEMANDEES

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Caryotype constitutionnel (2 tubes héparine) | <input type="checkbox"/> Mucoviscidose (2 tubes EDTA) |
| <input type="checkbox"/> Micro délétion du chromosome Y (2 tubes EDTA) | origine géographique du patient : |
| <input type="checkbox"/> X fragile (2 tubes EDTA) | |
| <input type="checkbox"/> Mutation du gène du facteur V LEIDEN (2 tubes EDTA) | <input type="checkbox"/> FISH sur sperme frais (13,18,21,X,Y) |
| <input type="checkbox"/> Mutation du gène du facteur II (2 tubes EDTA) | <input type="checkbox"/> FISH sur sperme congelé (13,18,21,X,Y) |
| <input type="checkbox"/> Mutation du gène MTHFR (2 tubes EDTA) | <input type="checkbox"/> FISH sur sperme après sélection (13,18,21,X,Y) |
| <input type="checkbox"/> C677T | <input type="checkbox"/> FISH sur sperme spécifique : |
| <input type="checkbox"/> A1298C | préciser le remaniement : |
| <input type="checkbox"/> FISH constitutionnelle (2 tubes héparine) | |
| <input type="checkbox"/> Métaphasique (sur chromosomes) | <input type="checkbox"/> Autre Analyse : |
| <input type="checkbox"/> Interphasique (sur noyaux) | |