



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 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 nommée 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 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 Demandes d'analyses génétiques post-natales

Document à joindre avec le 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: Azoospermie OAT autres indications d'infertilité :
 Pré FIV Pré ICSI Agénésie déférentielle Don d'ovocyte Echec PMA
Fausses couches à répétition : Nombre :
 Retard mental / Retard de croissance :
 Autre indication :

ANALYSES DEMANDEES

<input type="checkbox"/> Caryotype constitutionnel (CXX) (2 tubes Héparine)	<input type="checkbox"/> Mucoviscidose (MUC) (2 tubes EDTA)
<input type="checkbox"/> Micro délétion du chromosome Y (CHY, DELY) (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"/> Mutation du gène MTHFR
<input type="checkbox"/> Mutation du gène du facteur II (2 tubes EDTA)	
<input type="checkbox"/> FISH sur sperme frais	<input type="checkbox"/> FISH sur sperme congelé
<input type="checkbox"/> FISH constitutionnelle	<input type="checkbox"/> Après sélection
<input type="checkbox"/> Métaphasique (sur chromosomes)	<input type="checkbox"/> Autre Analyse :
<input type="checkbox"/> Interphasique (sur noyaux)

Responsable du service de Génétique : Dr Valérie Koubi 01 41 43 96 14 / 06 31 44 77 83

Poste Technique : 01 41 43 95 88 - Fax : 01 41 43 95 95

Horaires du service de Génétique : 9h-18h du lundi au vendredi

Document téléchargeable sur "<http://www.laboratoire-eylau.fr/>"