



Consentement pour examen des caractéristiques génétiques (Prescripteurs)

<u>Identification du / de la patient(e)</u>		<u>ATTESTATION DE CONSULTATION</u>	
Nom : Prénom : Né(e) le : Sexe : ☐ M ☐ F Adresse complète : ☎ : Nom et prénom du / de la conjoint(e) (en cas de projet parental en couple) :		<u>Médecin prescripteur – Cachet</u> « Je certifie avoir apporté les informations définies selon l'article R1131-5 du décret n° 2008-321 du 04 avril 2008 et avoir recueilli le consentement éclairé de mon patient dans les conditions prévues à l'article R1131-4 » complété par l'arrêté du 27 mai 2013. <u>Signature :</u>	
<u>Prélèvement</u>			
Date : Heure : Préleveur :			
<u>Consentement Eclairé du patient</u>			
Je soussigné(e) avoir été informé(e) par le Dr De la nature et des buts des examens des caractéristiques génétiques (décret n° 2008-321 du 04/04/2008) qui vont être réalisés sur : ☐ Le prélèvement de sang qui va m'être effectué ☐ Le prélèvement de sang de mon enfant mineur ☐ Le recueil de sperme que je vais effectuer J'accepte volontairement ce bilan. Je sais que je peux le refuser sans indiquer les raisons. J'accepte que ce prélèvement (ou celui de mon enfant) soit conservé au laboratoire selon les exigences légales et que les résultats de ce bilan et toutes les informations me concernant soient également conservés dans le respect du secret médical. J'accepte d'être contacté(e) par le laboratoire au cas où une ou des analyse(s) complémentaire(s) s'avère(nt) nécessaire(s). Je sais que les résultats de ces examens ne pourront être adressés qu'au médecin prescripteur, seul habilité à me les communiquer. Je suis informé(e) que je suis tenu(e), conformément au décret du 20 juin 2013, si le diagnostic d'anomalie génétique est confirmé, d'informer les membres de ma famille potentiellement concernés. Le cas échéant : ☐ J'accepte d'informer moi-même les intéressés ☐ Je demande que le prescripteur procède à cette information ☐ Je refuse d'informer les membres de ma famille Fait à : Le : <u>Signature :</u>			
<u>Examens demandés et indications médicales</u>			
<u>CYTOGÉNÉTIQUE</u>		<u>GÉNÉTIQUE MOLÉCULAIRE</u> (2 Tubes EDTA)	
☐ Caryotype constitutionnel (2 tubes hép. de lithium) ☐ Bilan d'infertilité : ☐ IOP ☐ OAT ☐ Azoospermie ☐ Diminution de la réserve ovarienne ☐ FCS : nbre ☐ Enquête familiale : ☐ Bilan pédiatrique : ☐ Recherche de Sd. Microdélétionnel ☐ Autre : ☐ ACPA (2 tubes EDTA) <u>FISH SUR SPERME</u> ☐ Etude de la disomie (Chr 13, 18, 21, X, Y) ☐ Etude de la ségrégation Chromosome demandé : Formule Chromosomique :		☐ Rech microdeletion Chr Y ☐ OAT ☐ Azoospermie ☐ Rech mutation gène MTHFR (C677T et A1298C) ☐ Rech mutation gène Facteur II (Prothrombine) ☐ Rech mutation gène Facteur V Leiden ☐ Rech mutation X fragile gène FMR1 ☐ Indications : IOP ☐ Indications : Diminution de la réserve ovarienne ☐ Rech mutation gènes CFTR ☐ Indications : ABCD ☐ Indications : bilan pré AMP Indications ☐ Infertilité ☐ FCS	