ETUDE DE L'HEMOGLOBINE

Service de la Relation Client :
Tél : 01 34 40 20 20
Fax : 01 34 40 21 29

SRC@lab-cerba.com
www.lab-cerba.com

PATIENT

NOM I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I

PRENOM I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I

Nom de naissance I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I

Adresse.....

.....

Date de naissance : I__I__I / I__I__I / I__I__I__I__I

Origine géographique :

☐ Europe ☐ Afrique du Nord ☐ Afrique sub-saharienne
☐ Réunion ☐ Antilles, Guyane ☐ Asie
☐ Autre : .....

PRESCRIPTEUR

Cachet obligatoire

Signature :

Adresse e-mail :

INDICATION

☐ **Population à risque**
Grossesse, antécédents familiaux, origine géographique, anémie…

☐ **Bilan étiologique d'une microcytose et/ou d'une polyglobulie inexpliquée**

☐ **Anomalie de l'hémoglobine par HPLC/Electrophorèse**
Joindre copie des résultats

☐ **Résultat HbA1c non dosable**
Joindre copie des résultats

☐ **Etude génétique chez un couple à risque en vue d'un diagnostic prénatal**

EXAMEN DEMANDE

○ **Etude de l'hémoglobine HPLC/Electrophorèse** (code OPL : EPHB)
Joindre une copie des résultats de la numération sanguine NFS

○ **Etude des gènes de globine *** :
*attestation et recueil de consentement ci-dessous à compléter

☐ Gène *HBB* (variants S et/ou C uniquement) (code OPL : DREP)
☐ Gène *HBB* (étude complète béta-thalassémie +/- S/C) (code OPL : HBETA)
☐ Gènes *HBB, HBA1* et *HBA2* (étude complète : variant X) (code OPL : VAHB)
☐ Gènes *HBA1* et *HBA2* (alpha-thalassémie) (code OPL : 49528)
(envoi extérieur)

RENSEIGNEMENTS COMPLENTAIRES

- Le patient a-t-il été transfusé dans les 3 derniers mois : I__I NON I__I OUI Date :
- Un bilan martial a-t-il été réalisé : I__I NON I__I OUI Normal I__I OUI Pathologique (précisez) :

PRELEVEMENT SANGUIN 2-5 ml de sang total sur EDTA. Transport à température ambiante et effectué sous 7 jours maximum

- Date de prélèvement : I__I__I / I__I__I / I__I__I__I__I Cachet du laboratoire préleveur :
- Heure de prélèvement : I__I__I h I__I__I
- N° Client : C I__I__I__I__I__I / I__I

ATTESTATION DE CONSULTATION MEDICALE INDIVIDUELLE ET CONSENTEMENT POUR LA REALISATION D'EXAMENS DES CARACTERISTIQUES GENETIQUES D'UNE PERSONNE

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.

Je soussigné(e) M, Mme.....né(e) le .....
Demeurant à : .....
Reconnais avoir reçu par le Dr.....les informations sur les examens des caractéristiques génétiques qui seront réalisés
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

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 médicales 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 adulte :
ou du représentant légal de l'enfant mineur
ou du tuteur légal de l'adulte sous tutelle

Signature du médecin :