

PRÉLÈVEMENT	
Date de prélèvement <input type="text"/>	Correspondant <input type="text"/> / <input type="text"/>
1 tube 5-7 ml sang total EDTA	
Cachet obligatoire	
Acheminement au laboratoire à température ambiante sous 7 jours maximum	

PATIENT(E)	PRESCRIPTEUR
NOM .....	NOM .....
PRÉNOM .....	PRÉNOM .....
Nom de naissance .....	Adresse .....
Adresse .....	CP ..... Ville .....
CP ..... Ville .....	Tél. <input type="text"/>
Date de naissance <input type="text"/>	Fax <input type="text"/>
	Adresse e-mail : .....
	<b>Signature :</b>

THROMBOPHILIE
<b>CONTEXTE DE LA DEMANDE :</b>
<input type="checkbox"/> Exploration d'un cas index (le patient a présenté un épisode de thrombose veineuse ou une pathologie vasculaire placentaire)
<input type="checkbox"/> Exploration d'un sujet apparenté (enquête familiale)
<b>EXAMENS DEMANDÉS :</b>
<input type="checkbox"/> <b>FV Leiden (R506Q)</b> (code OPL 85602) <input type="checkbox"/> <b>FII Prothrombine (20210 G&gt;A)</b> (code OPL 86302) <input type="checkbox"/> <b>MTHFR variant thermolabile (677 C&gt;T)</b> (OPL 43208)

HYPER-HOMOCYSTÉINÉMIE HÉRÉDITAIRE
<b>CONTEXTE DE LA DEMANDE :</b>
<input type="checkbox"/> Antécédent de thrombose veineuse
<input type="checkbox"/> Infertilité, échec d'assistance médicale à la procréation et ou fausses couches spontanées
<input type="checkbox"/> Autres (préciser) : .....
<b>EXAMENS DEMANDÉS :</b>
<input type="checkbox"/> <b>MTHFR (677 C&gt;T) + (1298 A&gt;C)</b> (code OPL MTHFR) <input type="checkbox"/> <b>MTHFR (677 C&gt;T)</b> (code OPL 43208) <input type="checkbox"/> <b>MTHFR (1298 A&gt;C)</b> (code OPL 43209)

HÉMOCHROMATOSE
<b>CONTEXTE DE LA DEMANDE :</b>
<input type="checkbox"/> Sujet ayant un parent au premier degré porteur de la mutation C282Y à l'état homozygote, à l'exclusion des sujets mineurs et des mères ménopausées, ou ne désirant plus avoir d'enfant
<input type="checkbox"/> Sujet ayant une augmentation du coefficient de saturation de la transferrine observée au cours d'un bilan général (CS-Tf supérieur à 45 %, confirmé sur un deuxième prélèvement)
<input type="checkbox"/> Autres (préciser) : .....
<b>EXAMENS DEMANDÉS :</b>
<input type="checkbox"/> <b>HFE1 C282Y</b> (p.Cys282Tyr) (code OPL 43201) <input type="checkbox"/> <b>HFE1 H63D</b> (p.His63Asp) (code OPL 43205) <input type="checkbox"/> <b>HFE1 S65C</b> (p.Ser65Cys) (code OPL 43207)
<input type="checkbox"/> <b>Panel NGS Hémochromatose Héritaire</b> (5 gènes : HAMP, HFE, HJV, SLC40A1 et TFR2) (RIHN N350) (code OPL MGD0)

ATTESTATION DE CONSULTATION MÉDICALE INDIVIDUELLE ET CONSENTEMENT POUR LA RÉALISATION D'EXAMENS DES CARACTÉRISTIQUES GÉNÉTIQUES D'UNE PERSONNE
Je soussigné, Dr/Pr..... ou Mme/M..... conseiller en génétique sous la responsabilité du Dr/Pr..... certifie avoir informé le (ou la) patient(e) sous-nommé(e) ainsi que ses parents (représentants légaux) sur les caractéristiques de la maladie recherchée, les moyens de la diagnostiquer, les possibilités de prévention et de traitement, les modalités de transmission et leurs possibles conséquences chez d'autres membres de la famille, le stockage de son prélèvement, et avoir recueilli le consentement du (ou de la) patient(e) ET de sa tutelle dans les conditions prévues par le code de la santé publique (articles R1131-4 et R1131-5 décret n° 2008-321 du 4 avril 2008).
Je soussigné(e) M, Mme..... né(e) le .....
Demeurant à : .....
Reconnais avoir reçu par le Pr/Dr..... ou par Mme/M..... conseiller en génétique sous la responsabilité du Dr/Pr..... les informations sur les examens des caractéristiques génétiques qui seront réalisés afin d'évaluer ma susceptibilité génétique à une maladie.
Pour cela, je consens :
<input type="checkbox"/> au prélèvement qui sera effectué pour moi
<input type="checkbox"/> au prélèvement qui sera effectué pour mon enfant mineur ou une personne majeure sous tutelle
Si une partie du prélèvement reste inutilisée après examen,
<input type="checkbox"/> 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 .....
<u>Signature du patient adulte :</u> ou du représentant légal de l'enfant mineur ou du tuteur légal de l'adulte sous tutelle
<u>Signature du médecin :</u>