



ATTESTATION DE CONSULTATION ET CONSENTEMENT EN VUE D'UN EXAMEN DES CARACTERISTIQUES GENETIQUES D'UNE PERSONNE (DECRET N° 2008-321 DU 4 AVRIL 2008)

Service de Génétique

34 avenue du Roule 9220 NEUILLY
Secrétariat ; Tél 01 41 43 95 88
Email : genetique.eylau@unilabs.fr

Date :
Prélèvement de sang ou recueil de sperme

CONSENTEMENT EN VUE D'UN EXAMEN DES CARACTÉRISTIQUES GÉNÉTIQUES D'UNE PERSONNE

(Conformément aux articles R.1131-4 et R.1131-5 du code de la santé publique).

Je soussigné(e) né(e) le

reconnais avoir reçu par le Dr :

les informations sur les examens des caractéristiques génétiques qui seront réalisés afin :

- de confirmer ou d'infirmer le diagnostic d'une maladie génétique en relation avec mes symptômes ;
de confirmer ou d'infirmer le diagnostic pré-symptomatique d'une maladie génétique ;
d'identifier un statut de porteur sain (recherche d'hétérozygote ou d'un remaniement chromosomique) ;
d'évaluer ma susceptibilité génétique à une maladie ou à un traitement médicamenteux.

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
Je suis informé(e) que les résultats de l'examen des caractéristiques génétiques me seront transmis par le Docteur sus-nommé dans le cadre d'une consultation individuelle.

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.

Fait à le

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

MEDECIN

Nom : Prénom :
Adresse :
CP : Ville : Tél. :

PATIENT(E)

Nom : Prénom :
Date de naissance* : Sexe : F M
Adresse :
CP : Ville : Tél. :

* Si le (la) patient(e) est mineur(e), le consentement doit être signé par les parents.

INDICATIONS A préciser impérativement

- Trouble de la Reproduction :
Azoospermie OAT/OATS Echec PMA Pré FIV Pré ICSI Pré-DPI
Agénésie déférentielle unilatérale/ABCD Don d'ovocyte
Autres indications d'infertilité :
Fausses couches à répétition (Nombre) :
Retard mental / Retard de croissance :
Enquête familiale (pathologie/cas index) :
Autre indication :

ANALYSES

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

ATTESTATION DE CONSULTATION

(Décret n° 2008-321 du 4 avril 2008 - arrêté du 27 mai 2013).

Docteur en Médecine, conformément aux articles R.1131-4 et R. 1131-5 du code de la santé publique, certifie avoir reçu en consultation ce jour le(la)patient(e) sus-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 :