eurofins | Biomnis

# Bon de demande
# Génétique moléculaire constitutionnelle

**Génétique et oncologie moléculaire**
Tél : 04 72 80 25 77 • Fax : 04 72 80 25 79
Email : Secretariat.Genetique@biomnis.eurofinseu.com

**Facturation**
☐ Laboratoire
☐ Tiers payant

**N° de Correspondant**

**Cachet ou étiquette code barre de l'hôpital ou du laboratoire**

## MÉDECIN PRESCRIPTEUR

N° RPPS* : .....
Nom : ..... Prénom : .....
Adresse : .....
CP : ⌊_⌊_⌊_⌊_⌊_⌋ Ville : ..... Pays : .....
Tél. : ⌊_⌊_⌋⌊_⌊_⌋⌊_⌊_⌋⌊_⌊_⌋⌊_⌊_⌋ Fax : ⌊_⌊_⌋⌊_⌊_⌋⌊_⌊_⌋⌊_⌊_⌋⌊_⌊_⌋

Cachet du prescripteur

## PATIENT(E)

N° Identifiant Patient Permanent* : ⌊_⌊_⌊_⌊_⌊_⌊_⌊_⌊_⌊_⌊_⌊_⌊_⌊_⌋
Nom* : ..... Prénom* : .....
Nom de naissance* : .....
Date de naissance*/** : ⌊_⌊_⌋⌊_⌊_⌋⌊_⌊_⌊_⌊_⌋ Sexe* : ☐ F ☐ M
Adresse* : .....
CP* : ⌊_⌊_⌊_⌊_⌊_⌋ Ville* : .....
Pays* : ..... Tél.* : ⌊_⌊_⌋⌊_⌊_⌋⌊_⌊_⌋⌊_⌊_⌋⌊_⌊_⌋
Email* : .....
*Champs obligatoires*
***Si le (la) patient(e) est mineur(e), le consentement doit être donné par les titulaires de l'autorité parentale.*

## INFORMATIONS OBLIGATOIRES SI FACTURATION TIERS PAYANT

****Renseigner obligatoirement les champs Sécurité Sociale et mutuelle ci-dessous*
(informations disponibles sur l'attestation de droits à l'Assurance maladie)
Organisme de rattachement sécurité sociale*** : ⌊_⌊_⌋⌊_⌊_⌋⌊_⌊_⌊_⌋ Code gestion** : ⌊_⌊_⌋
N° de sécurité sociale*** : ⌊_⌊_⌋⌊_⌊_⌋⌊_⌊_⌋⌊_⌊_⌋⌊_⌊_⌋⌊_⌊_⌋⌊_⌊_⌋
Informations mutuelle*** : Nom de la mutuelle : .....
N° AMC (Assurance Maladie Complémentaire) : ..... N° adhérent : .....

## SIGNE(S) CLINIQUE(S) - *A remplir obligatoirement*

.....

**Date de prélèvement :** ⌊_⌊_⌋⌊_⌊_⌋⌊_⌊_⌊_⌊_⌋
**Nature de prélèvement :** .....

## DEMANDE D'ANALYSE DE GÉNÉTIQUE MOLÉCULAIRE

☐ ABCB1 (identification des variants rs2032583 et rs2235015) **(ABCB1)**
☐ Alpha-1-antitrypsine (variants S et Z) **(A1BM)**
☐ Amylose héréditaire à transthyrétine : Etude du gène TTR[1] **(TTR)**
☐ Angelman (syndrome d') (Postnatal : **SNRPS** / Prénatal : **SNRPL)**
☐ Disomie Uniparentale **(DUPRE)**
☐ Exome[1] **(EXOME)** : *bon spécifique disponible sur www.eurofins-biomnis.com.*
☐ Facteur II (mutation g.20210G>A) **(F2M)**
☐ Facteur V Leiden (mutation p.Arg506Glu) **(F5L)**
☐ Fièvre méditerranéenne Familiale (FMF) : étude du gène MEFV[1] **(FMF)**
*Joindre la fiche de renseignements cliniques disponible sur www.eurofins-biomnis.com*
☐ Génotypage des allèles *2/*3 du CYP2C19 **(CYP2C)**
☐ Génotypage de l'apoE, dans le contexte de : ☐ dyslipidémie ☐ maladie neurodégénérative
☐ Génotypage de la DPD[1] **(5FUGE)**
☐ Génotypage de l'IL-28B[1] **(IL28B)**
☐ Génotypage RHD **(BMGR)**
☐ Gilbert (syndrome de) (polymorphisme UGT1A1*28) **(GILB)**
☐ Hémochromatose : mutation p.Cys282Tyr : ☐ remboursé **(HMC)**[2] ☐ non remboursé **(HMCNR)**
☐ Hémochromatose : mutation p.His63Asp[1] **(H63D)**
☐ Hémochromatose : mutation p.Ser65Cys[1] **(S65C)**
☐ HLA classe I (loci A, B) **(HLA1)** : ☐ A*29 ☐ B*27 ☐ B*51 ☐ B*57
☐ HLA classe II (loci DQ, DR) **(HLA2)** : ☐ DR4 ☐ DQ2 ☐ DQ8 ☐ DQB1*0602
☐ HLA-B*27[1] **(B27BM)**
☐ Intolérance au lactose[1] **(LCT)**
☐ Microdélétions du chromosome Y (loci AZFa, AZFb et AZFc)[1] **(DELY)**
☐ MTHFR (Méthylène tétrahydrofolate réductase variant thermolabile, mutation c.677C>T)[1] **(MTHFR)**
☐ MTHFR (Méthylène tétrahydrofolate réductase, mutation c.1298A>C)[1] **(MTHF2)**
☐ MUC1 Variation 27dupC **(MUC1)**
☐ Mucoviscidose (CFTR, recherche des mutations les plus fréquentes) **(MUCO)** : *bon spécifique disponible sur www.eurofins-biomnis.com*
☐ Prader-Willi (syndrome de) **(Postnatal : SNRPS / Prénatal : SNRPL)**
☐ Puce à ADN/ACPA (SNP array) **(SNPRE)**
☐ qPCR **(QPOST)** : *nous contacter (joindre la fiche R66)*
☐ Sanger **(SEPOS)** : *nous contacter (joindre la fiche R66).*
☐ UGT1A1 - Evaluation du risque toxique à l'irinotécan **(UGT1A)**
☐ X fragile (syndrome de l') **(Postnatal : XFRA / Prénatal : XFRAP)**
☐ Autres - *préciser* : .....

## 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, ceux de mon enfant mineur ou ceux de la personne majeure sous tutelle pour laquelle je suis le représentant légal ;*
☐ *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 la 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 pour laquelle je suis le représentant légal*

*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 l'examen révèle des résultats autres que ceux recherchés, le Dr sus-nommé déterminera la conduite à tenir lors 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. 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 ou des titulaires de l'autorité parentale de l'enfant mineur ou du tuteur du majeur sous tutelle :**

## ATTESTATION DE CONSULTATION

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

*Je soussigné .....*
*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) 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.*

*Fait à .....*
*le* ⌊_⌊_⌋⌊_⌊_⌋⌊_⌊_⌋

**Signature du médecin :**

*[1] Analyse Hors Nomenclature [2] Coefficient de saturation de la transferrine > 45 % dosé deux fois ou antécédents d'apparenté au 1er degré homozygote C282Y - se référer aux indications du JO du 22 juin 2017*