



Département de Génétique moléculaire d'Ivry  
78 avenue de Verdun • 94200 Ivry-sur-Seine  
Tél 01 49 59 16 16 • fax 01 49 59 17 98  
E-mail : secretariatmedical.paris@biomnis.com

Département de Génétique moléculaire de Lyon  
17/19 avenue Tony Garnier • BP 7322 • 69357 Lyon cedex 07  
Tél 04 72 80 25 78 • fax 04 72 80 25 79  
E-mail : secretariat.genetiqueoncologie@biomnis.com

**MEDECIN PRESCRIPTEUR**

Nom : .....  
Prénom : .....  
Adresse : .....  
CP : ( ) ( ) ( ) ( ) Ville : .....  
Tél : ..... Fax : .....

**LABORATOIRE D'ANALYSES MÉDICALES**

N° de correspondant  
.....  
Date de prélèvement  
( ) ( ) ( ) ( )  
Prélèvement sur sang total  
EDTA

Cachet du laboratoire ou  
étiquette code barre

Facturation :  Laboratoire

**PATIENT(E)**

Nom : ..... Prénom : .....  
Sexe :  F  M Date de naissance\* ( ) ( ) ( ) ( )  
Adresse : ..... CP : ( ) ( ) ( ) ( ) Ville : .....  
*\* Si le (la) patient(e) est mineur(e), le consentement doit être donné par les parents.*

**NATURE DU PRÉLÈVEMENT - à remplir obligatoirement**

sang EDTA  Autre - préciser : .....

**DEMANDE D'ANALYSE DE GÉNÉTIQUE MOLÉCULAIRE**

**INDICATIONS : A préciser impérativement**

- Alpha 1- antitrypsine (séquençage du gène SERPINA1)
- Alpha 1- antitrypsine (variants S et Z)
- Angelman (syndrome d')
- Disomie Uniparentale
- Facteur II (mutation g.20210G>A)
- Facteur V Leiden (mutation p.Arg506Glu)
- Fièvre méditerranéenne Familiale (FMF) ou maladie périodique (recherche de 12 mutations)
- Génotypage de l'IL-28B
- Hémochromatose : mutation p.Cys282Tyr (C282Y)
- Hémochromatose : mutation p.His63Asp (H63D)
- Hémochromatose : mutation p.Ser65Cys (S65C)
- HLA classe I (loci A, B) :  
 A29  B27  B51  B57
- HLA classe II (loci DQ, DR) :  
 DR4  DQ2  DQ8  DQB1\*0602
- HLA-B27
- Intolérance au lactose
- Locus SRY
- Microdélétions du chromosome Y (loci AZFa, AZFb et AZFc)
- MTHFR (Méthylène tétrahydrofolate réductase variant thermolabile, mutation c.677C>T)
- Mucoviscidose (CFTR, recherche de 36 mutations les plus fréquentes) : *bon spécifique disponible sur www.biomnis.com*
- Mucoviscidose (Mutations rares du gène CFTR par séquençage)
- Prader-Willi (syndrome de)
- X fragile (syndrome de l')
- Autres - préciser : .....

**ATTESTATION DE CONSULTATION**

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

Je soussigné(e).....  
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 :

**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) M..... 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  
 au prélèvement qui sera effectué chez mon foetus.

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. 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 :