



Laboratoire de génétique chromosomique

LAB-CYRE-CGE5-ENR-005-01

Hôpital Morvan (Bât 5bis) - 2 av Foch - 29609 BREST cedex

Email : labo-cytogenet@chu-brest.fr

Tél. : 02-98-22-33-24 ou 02-29-02-02-15

Fax : 02-98-22-39-61

DEMANDE DE RECHERCHE DE MICRODELETION DU CHROMOSOME Y ET/OU DE MUTATIONS IMPLIQUEES EN INFERTILITE

Médecin Prescripteur	Service ou Laboratoire Préleveur (étiquette UF)
-----------------------------	---

PRELEVEMENT

Date :

Identité et fonction du Préleveur :

Salive

Heure :

Sang

Lieu :

PATIENT (coller l'étiquette d'identification du patient)

Nom et Prénom :

Date de Naissance :

Adresse :

Caryotype sanguin :

(Préciser la formule chromosomique si connue)

Déjà prescrit ?

Analyse demandée :

Microdélétion du chromosome Y

Autre anomalie recherchée préciser :

<p>Indication : (Azoospermie, cryptozoospermie, oligozoospermie, syndrome de macrocéphalie ...)</p> <p>Antécédents familiaux (fratrie...) :</p>	<p>Attestation de consultation du Médecin/Biologiste :</p> <p>Je certifie avoir apporté à</p> <p>mère/père/tuteur de les informations nécessaires et avoir recueilli le consentement éclairé de mon patient selon les arrêtés du 27 mai 2013 et du 8 décembre 2014.</p> <p>Fait à</p> <p>Le</p> <p>Signature :</p>
---	--

Pièces à joindre :

Une ordonnance signée par le prescripteur

Le consentement du patient (verso du document)

TSVP



Laboratoire de génétique chromosomique

LAB-CYRE-CGE5-ENR-005-01

Hôpital Morvan (Bât 5bis) - 2 av Foch - 29609 BREST cedex

Email : labo-cytogenet@chu-brest.fr

Tél. : 02-98-22-33-24 ou 02-29-02-02-15

Fax : 02-98-22-39-61

Je soussigné(e) né(e) le reconnais avoir reçu du Dr..... les informations permettant la compréhension du(des) examen(s) des caractéristiques génétiques qui m'a(ont) été proposé(s), afin de :

- confirmer ou infirmer le diagnostic d'une anomalie génétique/anomalie chromosomique pouvant être en relation avec mes symptômes
- détecter une anomalie chromosomique dans le cadre d'une étude familiale.

A cette fin, je consens qu'un prélèvement

- me soit effectué
- soit effectué àné(e) le dont je suis titulaire de l'autorité parentale / tuteur.

J'autorise sur ce prélèvement la réalisation d'une étude génétique.

Cet (ou ces) examen(s) sera (seront) réalisé(s) dans un laboratoire de biologie médicale autorisé par l'agence régionale de santé à les pratiquer.

J'ai été informé(e) :

- que d'éventuelles autres affections que celle(s) recherchée(s) initialement pourraient être révélées par l'examen ;
- que le résultat de l'examen me sera rendu et expliqué par le médecin qui me l'a prescrit.

J'accepte que ce prélèvement soit conservé au laboratoire selon les exigences légales et j'autorise, en fonction des nouvelles connaissances, la poursuite des investigations génétiques afin de progresser dans la connaissance de ma maladie ; en cas de mise en évidence d'un nouvel élément qui permettrait d'améliorer ma prise en charge ou mon diagnostic, le médecin prescripteur de l'examen initial en sera informé (**rayez ce paragraphe en cas de désaccord**).

A Le

Signature du patient adulte

Ou du représentant légal du mineur

Ou du tuteur légal de l'adulte sous tutelle :

Ce consentement est révocable à tout moment.

L'original du présent document est conservé dans le dossier médical du patient.

Une copie de ce document m'est remise ainsi qu'au praticien devant effectuer les analyses.

Le laboratoire d'analyses de biologie médicale dans lequel exerce le praticien ayant effectué les examens conserve ce document dans les mêmes conditions que le compte rendu de l'examen.