



## **Laboratoire de génétique chromosomique**

Hôpital Morvan (bat 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 D'EXAMEN CYTOGENETIQUE POSTNATAL**

<b>Médecin Prescripteur</b>	<b>Service ou Laboratoire Préleveur (étiquette UF)</b>
-----------------------------	--

#### **PRELEVEMENT**

Sang

Autre :

Date :

Heure :

Lieu :

Identité du Préleveur :

Qualité :

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

Nom et Prénom :

Sexe :

Nom de naissance :

Date de Naissance :

Adresse :

**CARYOTYPE**

**FISH**

Anomalie Recherchée :

<b>Indication :</b>	<b>Attestation de consultation du Médecin :</b>
<b>Antécédents Familiaux :</b>	Je certifie avoir apporté à ..... 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.  Fait à ..... Le .....  Signature :

*Le double de cette attestation doit être versé au dossier médical.*

#### **Pièces à joindre :**

- Une ordonnance signée par le prescripteur
- Une photocopie de la carte d'assuré social du patient
- Le consentement du patient (verso du document)

**TSVP**

LAB-CYRE-CGE3-ENR-001-08



## **Laboratoire de génétique chromosomique**

Hôpital Morvan (bat 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

### **CONSETEMENT EN VUE D'UN EXAMEN DES CARACTERISTIQUES GENETIQUES D'UNE PERSONNE A DES FINS MEDICALES**

**Conformément à l'arrêté du 27 mai 2013 définissant les règles de bonnes pratiques applicables à l'examen des caractéristiques génétiques d'une personne à des fins médicales.**

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 maladie 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 à .....né(e) le .....  
dont je suis titulaire de l'autorité parentale / tuteur.

et j'autorise sur ce prélèvement la réalisation d'une étude cytogénétique conventionnelle et/ou moléculaire.  
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.*