



Mentions obligatoires concernant le prélèvement :

Prélevé le : à h

NOM du Préleveur : _____

NOM du Prescripteur : _____

Tél. ou Bip : _____

DEMANDE DE CARYOTYPE EN POST NATAL

INDICATIONS

- Retard statural isolé
- Retard statural syndromique

- Suspicion T21
- Syndrome de Turner
- Syndrome de Klinefelter

- Autre dysmorphie

RETARD DU DEVELOPPEMENT

- Déficience intellectuelle
- Retard des acquisitions
- Hypotonie

TROUBLES DE LA REPRODUCTION

- Bilan fausses couches
- Bilan infertilité
- Ménopause précoce
- DPI

- Donneur

AUTRES INDICATIONS

- Cardiopathie
- Enquête familiale - n° cas index
- Divers

TYPES DE PRELEVEMENTS

- Sang veineux
- Cordon / poumon
- Autre (à préciser) :

HYBRIDATION IN SITU

- Di Georges (22q11)
- Williams
- Smith Magenis
- SRY
- Autre (à préciser) :

PIECE JOINTE

CONSENTEMENT OBLIGATOIRE
Cf verso de la feuille

RENSEIGNEMENTS CLINIQUES COMPLEMENTAIRES

Madame, Monsieur, Cher Confrère,

Pour la réalisation d'un caryotype en post natal, les précisions suivantes nous sont indispensables :

- *Coordonnées du médecin prescripteur
- *Nom, prénom, date de naissance du sujet prélevé
- *Date et type de prélèvement
- *Indication et **consentement**

Ce bon pré imprimé a pour but de vous faciliter la tâche. Le consentement (pour enfant mineur ou pour adulte) est **imprimé au verso**.

Les précisions des renseignements fournis "affinent" la qualité du rendu des résultats. En vous remerciant de votre compréhension. Cordialement.

Pr C. LE CAIGNEC

ATTESTATION DE CONSULTATION

Je soussigné(e), Docteur

certifie avoir reçu en consultation

Monsieur/Madame/l'enfant

et avoir apporté les informations définies selon l'article R 1131-5 du CSP et avoir recueilli le consentement éclairé dans les conditions prévues à l'article R 1131-4 du CSP.

Fait à Nantes, le

Signature et cachet du médecin

TUBES / BOITES / QUANTITES

Sang

Héparinate de lithium (tube stérile - bouchon vert)
Enfant : 2 x 5 ml / Adulte : 2 x 10 ml - Stockage à 4° C si nécessaire

cordon/poumon

Stérile dans milieu de culture ou sérum physiologique

ETIQUETTE
UNITE DE
SOINS

ETIQUETTE
PATIENT

LABORATOIRE

**CONSENTEMENT POUR L'EXAMEN DES CARACTERISTIQUES GENETIQUES
ET LA CONSERVATION DES ECHANTILLONS DANS UNE BANQUE D'ADN OU UN CENTRE DE RESSOURCES
BIOLOGIQUES**

IDENTIFICATION du PATIENT (<i>étiquette</i>)	IDENTITE du REPRESENTANT LEGAL (si fœtus, mineur ou majeur sous tutelle) Nom : Prénom : Date de naissance :/...../..... Lien avec le patient :
-------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Je soussigné(e) reconnais avoir été informé(e) par le Dr..... quant à l'examen des caractéristiques génétiques qui sera réalisé à partir du (des) prélèvement(s) pratiqué(s) :

- Sur moi-même
- Sur l'enfant à naître/mon enfant mineur/ la personne majeure placée sous tutelle.

Je consens au prélèvement, pour (préciser obligatoirement le nom de la pathologie ou l'indication de l'examen réalisé et sa nature) :

Les modalités de réalisation, les risques, les contraintes et les éventuelles conséquences de chaque technique de prélèvement nécessaire pour réaliser cet (ces) examen(s) m'ont été précisés.

Pour un diagnostic prénatal, j'ai été informé(e) qu'un second prélèvement pourrait être nécessaire en cas d'échec technique ; dans cette circonstance, je devrai signer un nouveau consentement écrit.

Je suis informé(e) de l'obligation, au cas où une anomalie génétique pouvant être responsable d'une prédisposition ou d'une affection grave était mise en évidence, de transmettre cette information au reste de ma/ma famille, dès lors que des mesures de prévention, y compris de conseil génétique ou de soins, peuvent être proposées. Ainsi, lors du rendu des résultats, je devrai choisir entre :

- Assurer moi-même cette diffusion d'information génétique aux membres de ma/ma famille.
- Autoriser le médecin prescripteur à cette diffusion d'information génétique aux membres de ma/ma famille.

J'autorise, dans le respect du secret médical :

- La transmission des informations de mon/mon dossier médical nécessaires aux médecins concernés par cet examen des caractéristiques génétiques : oui non
- L'utilisation des résultats par le médecin prescripteur au profit des membres de ma/ma famille si ces résultats apparaissent médicalement utiles pour eux : oui non
- La conservation d'un échantillon de matériel biologique issu de mes/ses prélèvements et son utilisation ultérieure pour poursuivre les investigations dans le cadre de cette même démarche diagnostique, en fonction de l'évolution des connaissances : oui non
- La conservation des données utiles à la gestion de la démarche diagnostique et de mon/mon dossier dans des bases de données informatiques déclarées à la CNIL : oui non

Des informations génétiques sans lien direct avec ma/ma pathologie mais pouvant avoir un impact sur ma/ma santé ou celle de mes apparentés peuvent être révélées.

Je souhaite que le médecin prescripteur me tienne informé(e) oui non

Le résultat de l'examen me sera rendu et expliqué en l'état actuel des connaissances par le médecin qui me l'a prescrit. Ce dernier m'expliquera les moyens de prise en charge nécessaire le cas échéant.

Tout consentement non signé ou non renseigné dans son intégralité empêche la réalisation de l'examen

Fait à :	Nom, prénom et signature du patient ou de son représentant légal :
Le :/...../.....	Monsieur/Madame
Signature :	Signature du patient mineur ou majeur sous tutelle (si possible) :

Conformément aux dispositions de la loi relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, je dispose d'un droit d'opposition, d'accès et de rectification par l'intermédiaire du Médecin Prescripteur/Dr..... L'original du présent document est conservé dans mon dossier médical. Une copie de ce document m'est remise à ma demande ainsi qu'au praticien devant effectuer les examens.