



BCH-GENETIQUE

**Feuille de demande
Etude des caractéristiques
génétiques (Hématologie BEAUJON)**

Ref : PN_PRA_E_100_02

Version : 02

Applicable le : 31-07-2019

**HUPNVS****DEPARTEMENT DE GENETIQUE (Pr CATHERINE BOILEAU)****UF GENETIQUE HEMATOLOGIQUE**

DR LARBI BOUDAUD DR KATELL PEOC'H DR EMMANUELLE DE RAUCOURT DR CATHERINE TRICHET
SECRETARIAT : 01 40 87 55 40 ; FAX : 01 40 87 56 83

PATIENT (ou étiquette)

NIP :
Nom :
Nom de jeune fille :
Prénom : Sexe :
Date de naissance : / /

SERVICE (étiquette UH 6 digit)

Etiquette UH Etablissement

Hôp :
UH :

MEDECIN PRESCRIPTEUR

Nom et Prénom :
Code APH :
Adresse :
.....
Téléphone/Fax :

PRELEVEMENT : A envoyer au Service d'Hématologie biologique – Hôpital Beaujon – 100 bd du Général Leclerc – 92118 CLICHY Cedex (Acheminement et conservation à température ambiante).

Date de prélèvement : / / Identité du Préleveur :

☐ Sang total (**1 tube EDTA** de 5 ml (bouchon **violet**))☐ ADN (Technique extraction ; Concentration : ; Volume :)

http://triweb.bch.aphp.fr/TRIWEB/catlabo/php/accueil_hupnvs.php

RENSEIGNEMENTS CLINIQUES**Dans le cadre de la recherche de facteurs de risques de thrombophilie :****Evénement thrombo-embolique actuel :**

- ☐ TVP/EP
☐ Thrombose porte
☐ Budd Chiari
☐ Thrombose artérielle
☐ Pathologie vasculo-placentaire
☐ FCS à répétition
☐ Bilan pré greffe
☐ Autre :

Antécédent(s) de thrombose :

- ☐ Antécédents personnels.....
.....
☐ Antécédents familiaux.....
.....

Contrôle d'une mutation connue :☐ Anomalie moléculaire à rechercher.....**Enquête familiale :**☐ Anomalie moléculaire à rechercher.....**Dans le cadre de la recherche d'un syndrome myéloprolifératif :**

Indication :

Autres anomalies de l'hématologie :

Indication :

PRESCRIPTION

(Date de la demande : / /)

Secteur HE**Anomalie moléculaire constitutionnelle****Consentement OBLIGATOIRE (cf recto)**

- ☐ Mutation p.R506Q du gène *F5* (rs6025, FV Leiden)
☐ Mutation d.G20210A du gène *F2* (rs1799963, FII Leiden)
☐ Mutation c.C677T du gène *MTHFR* (rs1801133)

☐ **Extraction d'ADN****Anomalie moléculaire acquise**☐ Mutation p.V617F du gène *JAK2*☐ **Autre**.....



CADRE RESERVE AU LABORATOIRE

Prélèvements reçus :

violet

☐

Date et heure de réception :

Identification d'une non-conformité critique

Indiquer sa nature et tracer la non-conformité dans GENNO

- ☐ Echantillon non identifié ☐ Echantillon manquant ☐ Echantillon accidenté
☐ Discordance échantillon/prescription ☐ Absence de consentement

Initiales :

Identification d'une non-conformité non critique ☐

CONSENTEMENT DU PATIENT OU DU REPRESENTANT LEGAL POUR RECHERCHER UNE ANOMALIE
CONSTITUTIONNELLE DE LA COAGULATION

Consentement à établir en double exemplaire : un à conserver dans le dossier médical,
un à transmettre au laboratoire effectuant l'analyse

J'atteste que conformément à l'article L1131-1 du Code de la Santé Publique, j'ai été informé(e) par le Docteur.....de la nature et des buts des examens qui vont être réalisés sur le matériel génétique (ADN) qui va être prélevé par une prise de sang.

☐ sur moi-même

☐ sur mon enfant

Nom :
Prénom :

Date de naissance

Cet examen permet de rechercher

- ☐ une **prédisposition familiale aux thromboses veineuses** (Phlébite/ Embolie pulmonaire/Thrombose porte/ Thrombose de la veine mésentérique, autre territoire veineux...) par la recherche des mutations suivantes :
- mutation G1691A du gène du **Facteur V : Facteur V Leiden**
 - mutation G20210A du gène du **Facteur II : Facteur II Leiden**
 - mutation C677T du gène de la **MTHFR**
 - autres :

☐ Une **prédisposition familiale aux maladies de l'hémostase**

J'ai reçu les informations portant notamment sur :

- La pathologie recherchée, les moyens de la détecter, les possibilités de prévention et de traitement, ainsi que les risques de transmission génétique, les conséquences possibles pour d'autres membres de ma famille et les modalités d'information si nécessaire.
- La conservation et l'utilisation ultérieure possible de mes échantillons biologiques et des données issues de l'examen.

J'accepte ce bilan. Je sais que je peux le refuser sans en indiquer les raisons. J'accepte que ce prélèvement soit conservé au laboratoire selon les exigences légales et que les résultats de ce bilan, ainsi que toutes les informations me concernant ou concernant mon enfant, soient également conservées dans le respect du secret médical. Je sais que ces informations ne peuvent être transmises à un tiers sans mon accord.

Date : Nom et signature du patient :

ATTESTATION DE CONSULTATION POUR ANALYSE GENETIQUE DE LA COAGULATION

En l'absence de signature de l'attestation de consultation par le prescripteur, l'analyse génétique ne sera pas effectuée.

Je certifie que la personne sus nommée a été informée des caractéristiques la pathologie recherchée, des moyens de la détecter, des possibilités de prévention et de traitement, ainsi que les risques de transmission génétique de cette maladie, des conséquences possibles pour d'autres membres de la famille, de la nécessité de les informer si nécessaire.

Je certifie avoir recueilli le consentement de la personne dans les conditions prévues par la loi.

Date : Nom et signature du médecin :