Cerba

FICHE DE PRESCRIPTION MÉDICALE

ATTESTATION DE CONSULTATION / CONSENTEMENT

Laboratoire Cerba
Service de la Relation Client
Tél. : +33 (0)1 34 40 20 20
Fax : +33 (0)1 34 40 21 29
Email : src@lab-cerba.com

ETUDE DE L'HÉMOGLOBINE

Pour l'étude des gènes de globine :
Joindre impérativement l'attestation de consultation et le consentement signés (document au verso)

LABORATOIRE PRÉLEVEUR

N° Client: |_|_|_|_|_|_| C /|_|_|

Cachet obligatoire

PRÉLÈVEMENT

Date de prélèvement |_|_|/|_|_|/|_|_|_|_|

Heure de prélèvement : |_|_| h |_|_|

2x5mL sang total EDTA
expédié à température ambiante et effectué sous 7 jours maximum

PATIENT(E)

Nom .....

Prénom .....

Nom de naissance .....

Adresse .....

CP ..... Ville .....

Date de naissance : |_|_|/|_|_|/|_|_|_|_|

Origine géographique :

☐ Europe ☐ Afrique du Nord ☐ Afrique sub-saharienne

☐ Réunion ☐ Antilles, Guyane ☐ Asie

☐ Autre : .....

PRESCRIPTEUR

Nom .....

Prénom .....

Nom de naissance .....

Adresse .....

CP ..... Ville .....

Tél. |_|_| |_|_| |_|_| |_|_| |_|_|

Fax |_|_| |_|_| |_|_| |_|_| |_|_|

Adresse e-mail : .....

Signature :

INDICATION

☐ **Population à risque**
Grossesse, antécédents familiaux, origine géographique, anémie...

☐ **Bilan étiologique d'une microcytose et/ou d'une polyglobulie inexpliquée**

☐ **Anomalie de l'hémoglobine par HPLC/Electrophorèse**
Joindre une copie des résultats

☐ **Résultat HbA1c non dosable**
Joindre une copie des résultats

☐ **Etude génétique chez un couple à risque en vue d'un diagnostic prénatal**

EXAMEN DEMANDÉ

☐ **Etude de l'hémoglobine HPLC/Electrophorèse** (code OPL : *EPHB*)
Joindre une copie des résultats de la numération sanguine NFS

☐ **Etude des gènes de globine*** :

- ☐ Gène *HBB* (variants S et/ou C uniquement) (*DREP*)
- ☐ Gène *HBB* (étude complète béta-thalassémie +/- S/C) (*HBETA*)
- ☐ Gènes *HBB*, *HBA1* et *HBA2* (étude complète : variant X) (*VAHB*)

*attestation de consultation et consentement (au verso) à joindre impérativement complétés et signés

RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES

- Le patient a-t-il été transfusé dans les 3 derniers mois : ☐ Non ☐ Oui, date : |_|_|/|_|_|/|_|_|_|_|
- Un bilan martial a-t-il été réalisé : ☐ Non ☐ Oui

Si oui, est-il : ☐ Normal ☐ Pathologique *(précisez)* : .....

Le Laboratoire Cerba est amené, en qualité de responsable du traitement, à traiter vos données personnelles renseignées dans le présent formulaire, pour réaliser les examens, les interpréter, transmettre les résultats et pour la gestion administrative du laboratoire. Si vous êtes patient, vos données peuvent ensuite être réutilisées aux fins de leur anonymisation pour besoins de recherches scientifiques, contrôles qualité, études statistiques ou enquête de satisfaction. Pour en savoir plus sur le traitement de vos données personnelles, vos droits et les projets de recherche menés à partir de vos données, rendez-vous sur le site www.lab-cerba.com, onglets « Données Personnelles » et « Projets de recherche ». Pour exercer vos droits d'opposition, contactez notre RPD à : rpd.cerba@labcerba.com / CERBA–RPD – ZAC DES EPINEAUX 10-12 Avenue ROLAND MORENO CS 51312 95740 FREPILLON. / Si vous êtes patient, conformément à la réglementation applicable, une fois vos examens réalisés, les résidus de vos prélèvements seront éliminés. Ils pourront néanmoins être conservés afin d'être réutilisés à des fins de recherches scientifiques ou de contrôles qualité, directement ou après transfert à des tiers, dans le strict respect du secret médical. Vous pouvez vous opposer à une telle utilisation, sur simple demande formulée auprès de notre RPD (cf. coordonnées ci-dessus)

FICHE DE PRESCRIPTION MÉDICALE

ATTESTATION DE CONSULTATION / CONSENTEMENT

ETUDE DE L'HÉMOGLOBINE

Laboratoire Cerba
Service de la Relation Client
Tél. : +33 (0)1 34 40 20 20
Fax : +33 (0)1 34 40 21 29
Email : src@lab-cerba.com

Pour l'étude des gènes de globine :

Joindre impérativement l'attestation de consultation et le consentement signés (document ci-après)

ATTESTATION DE CONSULTATION DU MÉDECIN PRESCRIPTEUR OU DU CONSEILLER EN GÉNÉTIQUE

Je certifie avoir informé le (ou la) patient(e) sus nommé(e) ainsi que ses parents (représentants légaux) sur les caractéristiques de la maladie recherchée, les moyens de la diagnostiquer, les possibilités de prévention et de traitement, le stockage de son prélèvement, et avoir recueilli le consentement du (ou de la) patient(e) ET de sa tutelle dans les conditions prévues par le code de la santé publique (articles R1131-4 et 5).

PATIENT	REPRESENTANT(S) LÉGAL(AUX)	PRESCRIPTEUR
Nom : *Prénom :* *Date de naissance :*	*Nom, Prénom, Date de naissance :* Si le patient est mineur ou majeur sous tutelle, lien avec le patient :	*Nom :* *Prénom :*
Signature	*Signature*	*Signature*

ATTESTATION D'INFORMATION ET CONSENTEMENT POUR LA RÉALISATION DU TEST

Je soussigné(e), atteste avoir reçu du :

☐ médecin généticien : Dr/Pr……

☐ conseiller en génétique sous la responsabilité du Dr/Pr……

les informations concernant l'examen des caractéristiques génétiques qui m'est proposé, qui sera réalisé à partir :

☐ du (des) prélèvements biologiques pratiqués sur moi-même

☐ du (des) prélèvements biologiques pratiqués sur mon enfant ou sur la personne majeure placée sous tutelle

Et consens à l'examen génétique dans le cadre de :

J'ai été informé(e) :

- De mon droit à faire à tout moment la demande que cette étude soit interrompue, que les résultats ne me soient pas communiqués, ou que les échantillons stockés soient détruits
- Que l'interprétation complète de ces résultats repose, dans certaines situations, sur la définition de la parenté biologique, qui peut être analysée à partir de ces prélèvements.
- De ma responsabilité concernant mon devoir d'information familiale, si une anomalie génétique grave dont les conséquences sont susceptibles de mesures de préventions, y compris de conseil génétique, ou de soins était mise en évidence.

Le résultat de cet examen me sera rendu et expliqué par le médecin prescripteur (ou par délégation au conseiller en génétique) en l'état actuel des connaissances dans le cadre d'une consultation de génétique.

J'autorise la conservation d'un échantillon biologique issu de mon prélèvement et son utilisation ultérieure pour **poursuivre les investigations dans le cadre de la même démarche diagnostique**, en fonction de l'évolution des connaissances.	☐ Oui ☐ Non
La technique utilisée peut éventuellement **révéler des informations génétiques sans lien avec la pathologie concernée, mais pouvant avoir un impact sur ma santé ou celle d'apparentés**. Je souhaite être informé(e) de ces résultats.	☐ Oui ☐ Non
J'autorise la transmission d'un échantillon ainsi que des données médicales nécessaires, dont d'éventuelles photographies, à un autre laboratoire pour **compléter cette étude génétique.**	☐ Oui ☐ Non
J'autorise l'**enregistrement et la conservation des données médicales** utiles à la gestion de la démarche diagnostique dans des bases de données informatiques.	☐ Oui ☐ Non

Dans le cadre de la démarche diagnostique, une partie de mon prélèvement peut ne pas être utilisée. J'autorise sa conservation et son utilisation pour des études d'assurance de la qualité interne au laboratoire.	☐ Oui ☐ Non
J'autorise l'utilisation anonymisée des données médicales et/ou d'une partie des prélèvements dans le cadre de projets de recherche sans bénéfice direct.	☐ Oui ☐ Non

J'ai eu la possibilité de poser toutes les questions que je souhaitais au médecin généticien ou conseiller en génétique qui m'a prescrit cette analyse et j'en ai eu des réponses complètes et adéquates.

Fait à …….. le …….

SIGNATURE

Le Laboratoire Cerba est amené, en qualité de responsable du traitement, à traiter vos données personnelles renseignées dans le présent formulaire, pour réaliser les examens, les interpréter, transmettre les résultats et pour la gestion administrative du laboratoire. Si vous êtes patient, vos données peuvent ensuite être réutilisées aux fins de leur anonymisation pour besoins de recherches scientifiques, contrôles qualité, études statistiques ou enquête de satisfaction. Pour en savoir plus sur le traitement de vos données personnelles, vos droits et les projets de recherche menés à partir de vos données, rendez-vous sur le site www.lab-cerba.com, onglets « Données Personnelles » et « Projets de recherche ». Pour exercer vos droits d'opposition, contactez notre RPD à : rpd.cerba@labcerba.com / CERBA–RPD – ZAC DES EPINEAUX 10-12 Avenue ROLAND MORENO CS 51312 95740 FREPILLON. / Si vous êtes patient, conformément à la réglementation applicable, une fois vos examens réalisés, les résidus de vos prélèvements seront éliminés. Ils pourront néanmoins être conservés afin d'être réutilisés à des fins de recherches scientifiques ou de contrôles qualité, directement ou après transfert à des tiers, dans le strict respect du secret médical. Vous pouvez vous opposer à une telle utilisation, sur simple demande formulée auprès de notre RPD (cf. coordonnées ci-dessus)