

Fiche de prescription d'examen d'Oncogénétique Constitutionnelle

PATIENT :	ETABLISSEMENT+MEDECIN	PRESCRIPTEUR :	TYPE D'ECHANTILLON :
Nom :	DEMANDEUR DE LA CONSULTATION :	Date :	<input type="checkbox"/> Sang
Nom de naissance :	.....	Nom :	<input type="checkbox"/> ADN
Prénom : ETIQUETTE	.....	Service : .....	.....
Date de naissance :	.....	Signature :	<input type="checkbox"/> Autre
Sexe :	<input type="checkbox"/> Pas d'établissement d'origine		.....

Réserve préleveur	Prélever 8 ml de sang sur tubes EDTA (bouchon violet)	IDENTIFICATION PRELEVEUR :
	A adresser à température ambiante avec cette feuille au laboratoire de Génétique Moléculaire du CGFL 1, rue Pr Marion BP77079 21079 Dijon Cedex	Nom :
		Qualité :
		Date :
		Heure :

Numéro de famille Pass Pedigree (Si applicable) :

CAS INDEX

- Stockage : justification :
- 1^{er} prélèvement : panel NGS (joindre a minima arbre généalogique et données cliniques)
- Indication :
- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Sein | <input type="checkbox"/> Sein / Ovaire |
| <input type="checkbox"/> Prostate | |
| <input type="checkbox"/> Polypose, Colon, Estomac | <input type="checkbox"/> Pancréas |
- 2^{ème} prélèvement : test ciblé : - variant à rechercher :

CAS APPARENTE : test ciblé

- 1^{er} prélèvement 2^{ème} prélèvement
- Préciser / joindre:
- variant à rechercher :
 - numéro de dossier / identification du cas index :
 - arbre généalogique mis à jour / lien de parenté :

Attestation de consultation de génétique

<p>Je certifie avoir informé le (ou la) patient(e) sus nommé(e) sur les caractéristiques de la maladie recherchée, les moyens de la détecter, du degré de fiabilité des analyses, des possibilités de prévention et de traitement, des modalités de transmission génétique de la maladie recherchée et de leurs possibles conséquences chez d'autres membres de sa famille, et avoir recueilli le consentement du (ou de la) patient(e) dans les conditions de l'article n°R.1131-4 CSP et de l'arrêté du 27 mai 2013.</p>	<p>Signature et cachet du médecin prescripteur</p>
--	---