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

HEMOCHROMATOSE HEREDITAIRE - DIAGNOSTIC MOLECULAIRE

PRÉLÈVEMENT

☐ Sang total EDTA (de 0.5 ml à 5 ml) **Date de prélèvement** : |__|__|__|__|__|__|__|__| **Correspondant** : |__|__|__|__|__|__| / |__|

PATIENT(E)

NOM ……

PRÉNOM ……

Nom de naissance……

Adresse ……

CP …… Ville ……

Date de naissance : |__|__|__|__|__|__|__|__|

N°SS : |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

Portable : ……

Adresse e-mail : ……

PRESCRIPTEUR

Numéro RPPS (obligatoire) : ……

Cachet obligatoire

Adresse e-mail : ……

Signature :

CONTEXTE DE LA DEMANDE (THESAURUS AGENCE DE LA BIOMEDECINE)

☐ Hémochromatose non rare liée au gène HFE

☐ Hyperferritinémie génétique sans surcharge en fer

☐ Surcharge en fer génétiques rares

INDICATION (OBLIGATOIRE)

☐ Exploration d'un cas index : augmentation confirmée du coefficient de saturation de la transferrine supérieur à 45%

☐ Exploration d'un sujet Asymptomatique MAJEUR apparenté (étude familiale). Parent au 1er degré porteur de la mutation C282Y à l'état homozygote

☐ Autre (précisez) :……

EXAMEN DEMANDÉ

- RECHERCHE D'UN VARIANT CIBLE

☐ Mutation C282Y du gène *HFE1* Code OPL:43201 ☐ Variant H63D du gène *HFE1* Code OPL:43205 (HN) ☐ Variant S65C du gène *HFE1* Code OPL:43207 (HN)

- ANALYSE D'UN PANEL DE GENES (Code OPL : IS102 RIHN : N351)

☐ Panel NGS Hémochromatose (20 gènes) :

ABCB7, ALAS2, ATP7B, BMP2, BMP6, CP, CYBRD1, FTH1, FTL, GBA, GLRX5, HAMP, HFE, HJV, SLC11A2, SLC25A38, SLC40A1 (Ferroportine), TF (Transferrine), TFR2, TMPRSS6

Attestation de consultation et d'information du médecin prescripteur

Je soussigné·e, Dr/Pr [*Prénom, Nom*] ……,

Certifie avoir reçu en consultation ce jour :
Mme/M [*Prénom, Nom*]……, Né.e le [*Date de naissance*]……

Certifie lui avoir fourni (ou au avoir fourni aux personnes titulaire de l'autorité parentale ou son tuteur) l'ensemble des informations mentionnées aux articles R. 1131-4 et R. 1131-20-1 et suivants du Code de la santé publique ainsi qu'aux termes des textes pris pour leur application

Attestation d'information et Consentement pour la réalisation d'examens des caractéristiques génétiques d'une personne

Je soussigné·e, Mme/M [*Prénom, Nom*] ……, atteste avoir reçu du médecin visé ci-dessus, au cours de la consultation médicale de ce jour les informations concernant l'examen des caractéristiques génétiques qui m'est proposé, **auquel je consens**, et qui sera réalisé à partir du ou des prélèvement(s) biologique(s) pratiqués sur moi-même,et qui sera réalisé afin d'adapter ma prise en charge thérapeutique et médicale

J'ai été informé·e :

- De toutes les mentions énoncées dans l'attestation de consultation médicale
- De mon droit à faire interrompre à tout moment cette demande d'examen(s), que les résultats ne me soient pas communiqués, ou que les échantillons conservés soient détruits.
- Que le résultat est confidentiel. Il me sera rendu et expliqué en consultation par le prescripteur

Je consens au prélèvement et à la réalisation de l'examen dans le cadre de ma prise en charge médicale et thérapeutique

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. L'original du présent document est conservé dans mon dossier médical. Une copie de ce document m'est remise ainsi qu'au praticien devant effectuer les examens. Le laboratoire 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. J'ai eu la possibilité de poser toutes les questions que je souhaitais au médecin qui m'a prescrit cet examen et j'en ai eu des réponses complètes et adéquates.

Fait à …… , Le ……

IDENTITÉ du PATIENT (*Signature*)	IDENTITÉ du(des) REPRÉSENTANT(S) LÉGAL(AUX)	PRESCRIPTEUR (*Signature*)
Nom, prénom, date de naissance	*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*

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@lab-cerba.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).