

THROMBOPHILIE HEREDITAIRE - DIAGNOSTIC MOLECULAIRE

PRÉLÈVEMENT

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

PATIENT(E)	PRESCRIPTEUR
NOM	Numéro RPPS (obligatoire) :
PRÉNOM	
Nom de naissance	<div style="border: 1px solid black; width: 100%; height: 100%; display: flex; align-items: center; justify-content: center;"> Cachet obligatoire </div>
Adresse	
CP Ville	
Date de naissance : <input type="text"/>	
N°SS : <input type="text"/>	Adresse e-mail :
Téléphone Portable :	Signature :
Adresse e-mail :	

● **CONTEXTE DE LA DEMANDE** (THESAURUS AGENCE DE LA BIOMEDICINE)

Thrombose: Veineuse Artérielle Combien d'épisodes ? : Siège de la thrombose : Antécédent familial: OUI NON

Thrombophilie non rare (*facteur V Leiden, G20210A prothrombine et C677T MTHFR*)

Thrombophilie d'allure constitutionnelle avec antécédents thrombotiques sévères ou récidivants sans anomalie biologique détectée

Thrombophilie rare avec déficit constitutionnel en protéine S

Thrombophilie rare avec déficit constitutionnel en antithrombine

Thrombophilie rare avec déficit constitutionnel en protéine C

● **INDICATION** (OBLIGATOIRE)

Exploration d'un cas index : Patient(e) ayant présenté un épisode de thrombose)

Exploration d'un sujet Asymptomatique apparenté (étude familiale). Préciser l'antécédent familial :

Exploration d'un sujet Asymptomatique sans antécédent personnel ou familial. Motif de la demande :

● **EXAMEN DEMANDÉ**

- RECHERCHE D'UN VARIANT CIBLE

Facteur V Leiden (R506Q) Code OPL :85602 Variant prothrombine (G20210A) Code OPL:86302 MTHFR variant thermolabile (C677T) Code OPL:43208 (HN)

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

Panel NGS Thrombophilie (27 gènes) :
ADAMTS13, CALR, CD55, F11, F13A1, F13B, F2, F5, F9, FGA, FGB, FGG, HRG, JAK2, MPL, MTHFR, PIGA, PLAT, PLG, PROC, PROS1, SERPINC1, SERPIND1, SERPINE1, THBD, THPO, VWF

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 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) Nom, prénom, date de naissance	IDENTITÉ du(des) REPRÉSENTANT(S) LÉGAL(AUX) Nom, Prénom, Date de Naissance : Nom, Prénom, Date de Naissance : Si le patient est mineur ou majeur sous tutelle, lien avec le patient :	PRESCRIPTEUR (Signature) Nom, prénom
--	---	--