


Typage HLA haute résolution (NGS) : confirmation de la présence d'un allèle (HN = sur accord du patient)

<input type="checkbox"/> Antiépileptique (A*31:01)		A	HLANA
<input type="checkbox"/> Antiépileptique (B*15:02)		B	HLANB
<input type="checkbox"/> Allopurinol (B*58:01)		B	HLANB
<input type="checkbox"/> Tebentafusp (A*02:01)		A	HLANA
<input type="checkbox"/> Uvéite Birdshot, forme atypique (A*29:01)		A	HLANA
<input type="checkbox"/> Psoriasis (C*01, C*06:02)		C	HLANC
<input type="checkbox"/> PMA		C	HLANC
<input type="checkbox"/> Diabète (haplotypes DR DQ avec allèles DRB1*04)		DRB1+ DQA1+ DQB1	HNDR1 + HNDQA + HNDQB
<input type="checkbox"/> Thrombopénie fœtale, néonatale, alloimmune (DRB3*01:01)		DRB3	HN345
<input type="checkbox"/> Maladie de Vogt-Koyanagi-Harada (pan uvéite), pronostic (DRB1*04:04/05/10)		DR	HNDR1
<input type="checkbox"/> Pemphigus vulgaire (DRB1*04:02/06, *08:04, DQB1*05:03)		DR + DQ	HNDR1+ HNDQB
<input type="checkbox"/> Pemphigoïde bulleuse (DQB1*03:01)		DQ	HNDQB
<input type="checkbox"/> Narcolepsie (DQB1*06:02)		DQ	HNDQB
<input type="checkbox"/> Béryllose (DPB1 βGlu69 (exon 2))		DPB1	HNDPB

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). Le(la) patient(e) a notamment été informé(e) :

- De son droit à faire à tout le moment la demande que cette étude soit interrompue, que les résultats ne me soient pas communiqués, ou que les échantillons stockés soient détruits,
- Que le résultat de cet examen sera rendu et expliqué par le médecin prescripteur (ou par délégation au conseiller en génétique) en l'état actuel des connaissances.

Le(la) patient(e) 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.	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
La transmission d'un échantillon ainsi que des données médicales nécessaires, dont d'éventuelles photographies, à un autre laboratoire pour compléter cette étude génétique si nécessaire.	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
L'enregistrement et la conservation des données médicales utiles à la gestion de la démarche diagnostique dans des bases de données informatiques.	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
L'utilisation anonymisée des données médicales et/ou d'une partie non utilisée des prélèvements dans le cadre de projets de recherche sans bénéfice direct ou son utilisation pour des études d'assurance de la qualité interne au laboratoire.	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

Fait à le

IDENTITÉ DU PATIENT	IDENTITÉ DU REPRÉSENTANT LÉGAL	PRESCRIPTEUR
Nom :	Nom :	Nom :
Prénom :	Prénom :	Prénom :
Date de naissance :	Date de naissance :	
	Lien avec le patient :	
<u>SIGNATURE</u>	<u>SIGNATURE</u>	<u>SIGNATURE</u>