

TEST MELAPRED ACCESS®

TEST DE SUSCEPTIBILITE AU MELANOME CUTANE

PRÉLÈVEMENT

Correspondant : C/

Code analyse : MELPR

☐ Sang Total EDTA (5 mL) (Code nature : SGE)

Date de prélèvement

PATIENT(E)

A faire compléter IMPÉRATIVEMENT par le (la) patient(e)

NOM

PRÉNOM

Nom de naissance

Adresse

CP Ville

Date de naissance

Pays/Région de naissance :

☐ Europe (hors Espagne)

☐ Espagne

☐ Afrique du Nord

☐ Moyen-Orient

☐ Afrique sub-saharienne

☐ Réunion, Antilles, Guyane

☐ Autre :

PRESCRIPTEUR

Numéro RPPS (obligatoire) :

Cachet obligatoire

Adresse e-mail :

Signature :

NOTION D'ANTÉCÉDENT FAMILIAL :

S'IL Y A EU PLUSIEURS CAS DE MÉLANOME DANS LA FAMILLE, LE PATIENT DOIT ÊTRE ADRESSÉ EN CONSULTATION D'ONCOGÉNÉTIQUE

UN CAS de mélanome dans la famille ?

☐ NON

☐ OUI (le patient lui-même)

☐ OUI (un autre membre)

AU MOINS 2 CAS de mélanome dans la famille ?

☐ NON

☐ OUI mais pas d'étude de prédisposition génétique réalisée

☐ OUI mais aucun gène majeur impliqué

☐ OUI (variant familial identifié : joindre copie du résultat)

INDICATION

☐ Patient traité par photothérapie

☐ Patient parkinsonien ou Antécédent familial

☐ Patient Immunodéprimé

☐ Profession exposée au rayonnement UV solaire (*Pêcheur, agriculteur, personnel navigant, travailleur du bâtiment, forestier, jardinier, personnel de station de ski ou balnéaire*)

☐ Présence d'un facteur de risque clinique : Nombre de grains de beauté >50, yeux clairs, cheveux clairs, taches de rousseur

RENSEIGNEMENTS CLINIQUES

TOUS LES ITEMS DOIVENT IMPÉRATIVEMENT ÊTRE RENSEIGNÉS

1 - Caractéristique des yeux

☐ CLAIRS : BLEUS OU GRIS

☐ CLAIRS : VERTS OU NOISETTE (MARRON-CLAIR)

☐ FONCES : MARRONS ou NOIRS.

2 - Après exposition au soleil sans protection (phototype)

☐ Attrape toujours des coups de soleil. Ne bronze jamais.

☐ Attrape toujours des coups de soleil. Bronze parfois.

☐ Attrape parfois des coups de soleil. Bronze toujours.

☐ N'attrape jamais des coups de soleil. Bronze toujours.

3 - Nombre de naevus sur l'ensemble du corps

☐ PLUS DE 50

☐ MOINS DE 50

4 - Avez-vous eu des coups de soleil intenses (avec bulles) ?

☐ JAMAIS

☐ OUI AVANT L'ÂGE DE 15 ANS

☐ OUI APRÈS L'ÂGE DE 15 ANS

Joindre impérativement l'attestation de consultation et le consentement complétés et signés ci-après.
Les éléments à compléter dans le présent document doivent impérativement être fournis. A défaut le(s) examen(s) prescrit(s) ne pourront pas être réalisés.

Attestation de consultation et d'information du médecin prescripteur ou du conseiller en génétique

(Encart à destination du prescripteur)

Je soussigné-e, Dr/Pr [Prénom, Nom],
ou Mme/M [Prénom, Nom], conseiller-ère en génétique*

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 :

- Des caractéristiques de la maladie recherchée, des moyens de la détecter, du degré de fiabilité des examens ainsi que des possibilités de mesures de prévention, y compris de conseil en génétique, et de soins ;
- Des modalités de transmission génétique de la maladie recherchée lorsqu'elles sont connues et de leurs possibles conséquences chez d'autres membres de sa famille ;

* Dans les conditions prévues aux articles R. 1132-5 et suivants du Code de la santé publique

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

(Encart à destination du/de la patient-e)

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. Les informations sur l'examen des caractéristiques génétiques auquel je consens, et qui sera réalisé afin [cocher la case correspondante] :
 - ☐ Soit de poser, de confirmer ou d'infirmer le diagnostic d'une maladie à caractère génétique chez une personne ;
 - ☐ Soit de rechercher les caractéristiques d'un ou plusieurs gènes susceptibles d'être à l'origine du développement d'une maladie chez une personne ou les membres de sa famille potentiellement concernés ;
 - ☐ Soit d'adapter la prise en charge médicale d'une personne selon ses caractéristiques génétiques.

J'ai été informée :

- Que le mélanome est une tumeur maligne de la peau développée aux dépens des cellules pigmentaires cutanées (les mélanocytes).
- Qu'il existe une susceptibilité individuelle variable au mélanome. Celle-ci repose sur certains facteurs de risques cliniques (nombre de grains de beauté, couleur des yeux et des cheveux, capacité de bronzage), certaines caractéristiques génétiques, et les antécédents d'exposition aux UV.
- Que l'analyse proposée repose sur une étude du patrimoine génétique et un examen clinique. Elle a pour objectif de déterminer s'il existe une susceptibilité au mélanome à l'aide d'un algorithme intégrant plusieurs de ces facteurs.
- 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 du test Melapred®

J'accepte, si mes/ses résultats apparaissent médicalement essentiels pour mes/ses apparentés, qu'ils puissent être, dans le respect du secret médical, communiqués et utilisés de façon anonymisée, dans leur intérêt, y compris après mon/son décès.

☐ OUI ☐ NON

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 généticien ou conseiller en génétique qui m'a prescrit cet examen et j'en ai eu des réponses complètes et adéquates.

Fait à, Le

IDENTITÉ du PATIENT (Signature)	PRESCRIPTEUR (Signature)
Nom, prénom, date de naissance	Nom, prénom