

BRCA1 ET BRCA2 GERMINAL DANS LE CADRE D'UN TRAITEMENT PAR INHIBITEURS DE PARP

PRÉLÈVEMENT

Correspondant : [] [] [] [] [] / [] []

Date de prélèvement : [] [] [] [] [] [] [] []

☐ Sang Total EDTA (5 mL) (Code nature : SGE) OU ☐ Cellules buccales (Code nature : CBUC) Nous contacter pour l'envoi du dispositif de collecte

PATIENT(E)

PRESCRIPTEUR

NOM

PRÉNOM

Nom de naissance

Adresse

CP Ville

Date de naissance [] [] [] [] [] [] [] []

N° sécurité Sociale [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] []

Adresse CPAM :

Numéro RPPS (obligatoire) :

Cachet obligatoire

Adresse e-mail :

Signature :

RECHERCHE DE MUTATIONS GERMINALES AU SEIN DES GÈNES BRCA1 ET BRCA2 AVANT MISE SOUS TRAITEMENT PAR INHIBITEURS DE PARP

CONTEXTE CLINIQUE

☐ Cancer du SEIN

☐ Cancer de l'OVAIRE

☐ Cancer de la PROSTATE

☐ Cancer du PANCREAS

EXAMEN DEMANDÉ

☐ Prélèvement initial : Panel BRCA1/BRCA2 à visée théranostique (2 gènes) (RIHN : N350) (code OPL : OS003)

☐ Prélèvement de confirmation: Etude ciblée (code OPL : OMUT). Joindre impérativement copie du résultat du prélèvement initial

Variant(s) à rechercher :

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 :

- 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 ;
- Que l'examen peut révéler incidemment des caractéristiques génétiques sans relation avec son indication initiale mais dont la connaissance permettrait à la personne ou aux membres de sa famille de bénéficier de mesures de prévention, y compris de conseil en génétique, ou de soins

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

La technique utilisée peut éventuellement révéler des informations génétiques sans lien avec la pathologie concernée, mais pouvant avoir un impact sur ma/sa santé ou celle d'apparentés, sur ma/sa prise en charge et/ou mon/son traitement. Je souhaite être informé(e) de ces résultats.

☐ OUI ☐ NON

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 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)

Signature des 2 parents requise si Analyse TRIO (cas index + 2 parents)

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