

Bon de Demande d'Examen de Génétique Moléculaire

Dossier à remplir puis à joindre au(x) prélèvement(s), à l'attestation de consultation et consentement et au(x) questionnaire(s) de renseignements cliniques (selon la pathologie). Tous les renseignements sont obligatoires.
Sans un dossier complet, l'examen ne pourra être réalisé.

Médecin Prescripteur	Patient	
NOM : _____ Prénom : _____	NOM usuel : _____	Numéro interne LIGAN du patient
Adresse : _____	Prénom(s) : _____	
CP : _____ Ville : _____	NOM de naissance : _____	
Pays : _____	Date de Naissance : __/__/____	
Numéro RPPS : _____	Sexe : F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>	
Téléphone : _____	Adresse : _____	
Email MSSanté : _____	CP : _____ Ville : _____	
Signature : _____	Pays : _____	

Modalités de prélèvement	Etablissement demandeur
NOM Prénom du Préleveur : _____	Nom de l'Etablissement demandeur : _____
Qualité professionnelle : _____	_____
Numéro RPPS : _____	Cachet de l'établissement : _____
Date du prélèvement : __/__/____ Heure de prélèvement : ...H...	
Nature du prélèvement : <input type="checkbox"/> Sang EDTA (4 mL) <input type="checkbox"/> Salive (Kit Oragene OG) <input type="checkbox"/> ADN (Type du prélèvement initial : _____) <i>→ Si le patient a bénéficié d'une allogreffe de cellules souches hématopoïétiques ou de moelle osseuse, réaliser un prélèvement salivaire</i> <i>→ Eviter l'envoi des prélèvements la veille de jours fériés ou de week end</i>	

Demande d'Examen de Génétique Moléculaire

Les panels des gènes analysés pour les pathologies sont disponibles sur le site internet LIGAN « <http://ligan.good.cnrs.fr/espace-diagnostic> ».

Examen(s) portant sur :

- Diabète* Obésité* Dyslipidémies*
 Autre : Il est possible de réaliser un examen complémentaire portant sur d'autre(s) pathologie(s) associée(s) ci-dessous, en revanche cet examen ne sera pas rendu sous accréditation (Cochez la/les pathologie(s) associées) :
- | | | |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Maladie Rénale | <input type="checkbox"/> Pancréatite | <input type="checkbox"/> Hyperinsulinisme |
| <input type="checkbox"/> Cardiopathie | <input type="checkbox"/> AVC | <input type="checkbox"/> Insulino-résistance/Lipodystrophie |
| <input type="checkbox"/> Trouble neuro-développementaux | <input type="checkbox"/> Lymphœdème | <input type="checkbox"/> Syndrome des Ovaires Polykystiques |
| <input type="checkbox"/> Maladie Hépatique | <input type="checkbox"/> Syndrome d'Hypogonadisme | <input type="checkbox"/> Hypothyroïdie |

- Recherche de cause(s) génétique(s) dans un panel de gènes (*in silico*) - Séquençage Exome
 (Identification de mutations ponctuelles codantes [incluant petites insertions/délétions] et de mutations d'épissage)
 Recherche de cause(s) génétique(s) ciblant un locus défini par le prescripteur - Séquençage Sanger
 Indiquer le(s) gène(s) de référence (NM_ ou LRG) à analyser et les substitutions ou les petites délétions ou insertions à analyser dans le(s) gène(s) de référence (selon la nomenclature HGVS) :

* : Examens accrédités, portée disponible sous le n° 8-4219 sur le site du COFRAC www.cofrac.fr

En cas de difficulté à prescrire un examen, veuillez contacter Dr Pascale BENLIAN (pascale.benlian@inserm.fr ; 03.74.00.81.00)

Les conditions d'envoi des prélèvements sont indiquées dans le manuel de prélèvement, disponible sur le site de la plateforme LIGAN (<http://ligan.good.cnrs.fr>).

Attestation de consultation et consentement

En vue d'un examen génétique
EGID - Laboratoire « Plateforme LIGAN »

Identification du patient	Identité du représentant légal
NOM usuel :	<input type="checkbox"/> Titulaire de l'autorité parentale
Prénom :	<input type="checkbox"/> Tuteur
Nom de Naissance :	NOM :
Date de naissance :/...../.....	Prénom :

Attestation de Consultation individuelle

Je soussigné(e), Mme, Mr né(e) le / /, déclare avoir bénéficié d'une consultation auprès du Dr, et avoir compris les implications et les conséquences des analyses des caractéristiques génétiques qui doivent être réalisées.

- Sur moi-même
 Sur mon enfant mineur ou la personne dont je suis le représentant légal

Les examens génétiques demandés concernent la maladie (ou groupe de maladies) suivante(s) :

Ces examens génétiques ont pour objectif :

- D'aider au diagnostic d'une maladie génétique
- D'établir une prédisposition ou une protection vis-à-vis d'une pathologie
- D'aider au conseil génétique (risque de développer ou de transmettre une maladie génétique)
- D'aider à la mise en place et/ou à l'ajustement d'une thérapeutique

Je reconnais avoir reçu l'ensemble des informations permettant la compréhension des conditions de réalisation, des limites et de la finalité de cet acte biologique et des conséquences des résultats pour moi-même/mon enfant/la personne dont je suis tuteur et éventuellement ma/sa famille.

Consentement à un Examen de génétique Constitutionnelle

Je donne mon consentement pour la réalisation de ces analyses conformément au code de Santé Publique (articles R1131-4 & 5)

Je pourrais, si je le souhaite, obtenir toute information complémentaire sur cette démarche auprès du médecin prescripteur.

J'autorise le recueil, la saisie et le traitement informatique des données médicales nécessaires à cet examen.

J'autorise la conservation au laboratoire du matériel biologique issu du prélèvement mais à tout moment, je peux demander sa destruction. Dans ce cas, j'en informerai le médecin désigné ci-dessus.

Je suis informé(e) de la nécessité d'avertir les membres de ma famille au cas où une altération génétique serait mise en évidence.

Le résultat de cet examen est confidentiel : il me sera rendu et expliqué en consultation par le médecin qui l'a prescrit.

- | | | |
|---|------------------------------|------------------------------|
| - J'accepte , si mes résultats apparaissent médicalement essentiels pour mes apparentés, qu'ils puissent être utilisés dans leur intérêt, y compris après mon décès (décret n°2013-537 du 20.06.2013) | <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> NON |
| - J'accepte , si le diagnostic restait en suspens, l'utilisation ultérieure des échantillons biologiques pour l'étude d'autres gènes connus ou non connus à l'heure actuelle à des fins médicales. | <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> NON |
| - Je souhaite être tenu informé de la mise en évidence d'une mutation « incidente » sans rapport avec ma pathologie | <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> NON |
| - J'autorise le stockage et l'utilisation pour la recherche scientifique, des prélèvements biologiques effectués ce jour, s'il en reste une partie après la réalisation des analyses à visée diagnostique, sans que l'on doive me recontacter. | <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> NON |

Fait à Le / /

Signature du patient ou de son représentant légal :

Attestation du Médecin prescripteur

Je certifie avoir informé le patient sus nommé sur les caractéristiques de la maladie recherchée, les moyens de la détecter, les possibilités de prévention et de traitement, et avoir recueilli le consentement du patient dans les conditions du code de la santé publique (article n°R1131-4 et 5).

Signature et cachet :

Rappel concernant la législation fixant les conditions de prescription et de réalisation des examens des caractéristiques génétiques d'une personne : *Le médecin prescripteur doit conserver le consentement écrit, les doubles de la prescription et de l'attestation et les comptes rendus complets et validés d'examen de génétique constitutionnelle. Le laboratoire agréé réalisant les examens doit disposer de la prescription, de l'attestation de consultation et du consentement signés du prescripteur et du patient. Le compte rendu complet de l'examen signé par un praticien agréé, sera adressé exclusivement au médecin prescripteur des examens de génétique*
Références : Loi n°2011-814 du 7/07/2011 relative à la bioéthique ; arrêté du 27 mai 2013 définissant les règles de bonnes pratiques applicables à l'examen des caractéristiques génétiques d'une personne à des fins médicales ; décret 2013-527 du 20 juin 2013 relatif aux conditions de mise en œuvre de l'information de la parentèle dans le cadre d'un examen des caractéristiques génétiques à des fins médicales ; loi 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique et aux libertés.

 LILLE INTEGRATED GENOMIC ADVANCED NETWORK	Traçabilité envoi d'échantillon	LIGAN/R1--EN-27 V1
		04/07/2024

Fiche de traçabilité à joindre au prélèvement

Identification patient

Nom :

Prénom :

DDN :

ou Etiquette

Conservation du prélèvement avant envoi

Date de réception du prélèvement (service d'envoi) :

Température de stockage :

Température ambiante

Réfrigérée 2°C - 8°C

Par :

Envoi du prélèvement

Date d'envoi :

Température d'envoi :

Température ambiante

Réfrigérée 2°C - 8°C

Par :

NOM usuel : Prénom :

NOM de naissance :

Date de Naissance : / /

Sexe : F M

Date de la demande : / / Nom du prescripteur :

Cochez les cases / complétez le contexte clinique et bilan lipidique

❖ **Type de dyslipidémie :**

❖ **Données cliniques :**

- Pancréatite aiguë
- Splénomégalie
- Douleurs Abdominales Post-Prandiales
- Hépatomégalie et/ou Stéatose
- Lipémie rétinienne
- Xanthomatose éruptive
- Maladie Cardiovasculaire – si oui, à préciser :
- Facteur de Risque Cardiovasculaire – si oui, à préciser :
- Diabète de type 2 – si oui, à préciser :
- Insulino-résistance – si oui, à préciser :
- Syndrome métabolique – si oui, à préciser :
- Atteinte(s) Neuro-sensorielle(s) – si oui, à préciser :
- Maladie rénale – si oui, à préciser :
- Amylose
- HTA
- Maladie cardiaque – si oui, à préciser :
- Tabagisme
- Consanguinité connue
- Facteurs Exogènes ou Endogènes Aggravants (ex. Hormono-Métaboliques, Immuno, Nutritionnels, Traitements, etc.) – si oui, à préciser :
- Allogreffe de moelle osseuse ou cellules souches hématopoïétiques :
- Autres (dont antécédents personnels) :

❖ **Contexte clinique :**

- Age au diagnostic :
- IMC (kg/m²) :
- Antécédents familiaux à préciser :

❖ **Bilan lipidique** (actuel, sur EAL à 12h de jeûne) :

- | | | | |
|---|-----------------|--|-----------------|
| <input type="checkbox"/> Cholestérol Total = | (g/L ou Mmol/l) | <input type="checkbox"/> Triglycérides = | (g/L ou Mmol/l) |
| <input type="checkbox"/> LDL-Cholestérol = | (g/L ou Mmol/l) | <input type="checkbox"/> HDL-Cholestérol = | (g/L ou Mmol/l) |
| <input type="checkbox"/> Apolipoprotéine A1 = | (g/L) | <input type="checkbox"/> Apolipoprotéine B = | (g/L) |
| <input type="checkbox"/> Lipoprotéine (a) - Lp(a) = | (g/L) | | |

❖ **Traitement(s) hypolipidémiant(s)** (oui/non) – si oui, à préciser :

- | | | |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Statine (nom/dose) : | <input type="checkbox"/> Fibrate (nom/dose) : | <input type="checkbox"/> Ezetimibe (dose) : |
| <input type="checkbox"/> Oméga 3 (nom/dose) : | <input type="checkbox"/> PCSK9i (nom/dose) : | <input type="checkbox"/> Résine (dose) : |

❖ **Tests génétiques auparavant effectués** (oui/non) – si oui, à préciser :

NOM usuel : Prénom :

NOM de naissance :

Date de Naissance : / /

Sexe : F M

Date de la demande : / / Nom du prescripteur :

Cochez les cases / complétez en cas de signes cliniques et/ou antécédents familiaux

- ❖ Age au diagnostic :
- ❖ IMC (kg/m²) :
- ❖ Percentile IMC (si âge < 16 ans) :
- ❖ Troubles du comportement alimentaire (oui/non) – si oui, à préciser :
- ❖ Rétinite pigmentaire (oui/non) :
- ❖ Cheveux roux (oui/non) :
- ❖ Hypotonie néonatale (oui/non) :
- ❖ Anomalies endocriniennes (oui/non) – si oui, à préciser :

Diabète de type 2 – si oui, à préciser :

- ❖ Traitement (oui/non) ; si oui précisez :
- ❖ HbA1c (%) (précisez si au diagnostic ou actuelle) :
- ❖ Glycémie à jeun (mmol/l) :

Dyslipidémie – si oui, à préciser :

Insulino-résistance – si oui, à préciser :

Lipodystrophie – si oui, à préciser :

Maladie hépatique – si oui, à préciser :

Syndrome des ovaires polykystiques – si oui, à préciser :

Syndrome d'hypogonadisme hyper- ou hypogonadotrope – si oui, à préciser :

Troubles neuro-développementaux – si oui, à préciser :

Troubles du comportement – si oui, à préciser :

Dysmorphie – si oui, à préciser :

Malformations congénitales – si oui, à préciser :

Troubles digestifs – si oui, à préciser :

Lymphœdème – si oui, à préciser :

Maladie rénale – si oui, à préciser :

Maladie cardiaque – si oui, à préciser :

Antécédent d'AVC :

Consanguinité connue :

Antécédents familiaux à préciser :

Syndrome envisagé :

Tests génétiques auparavant effectués – si oui, à préciser :

Allogreffe de moelle osseuse ou cellules souches hématopoïétiques :

NOM usuel : Prénom :

NOM de naissance :

Date de Naissance : / /

Sexe : F M

Date de la demande : / / Nom du prescripteur :

Cochez les cases / complétez en cas de signes cliniques et/ou antécédents familiaux

- ❖ Age au diagnostic :
- ❖ Mode de révélation :
- ❖ Typage HLA :
- ❖ Anticorps (anti-GAD, anti-IA2, anti-ICA, anti-insuline, anti-îlots, anti-ZNT8) :
- ❖ Traitement (oui/non) ; si oui à préciser :
- ❖ HbA1c (%) (précisez si au diagnostic ou actuelle) :
- ❖ Glycémie à jeun (mmol/l) :
- ❖ C-peptide (pmol/l) :
- ❖ Episode d'hypoglycémie néonatale ou précoce (oui/non) :
- ❖ Anomalies endocriniennes hors diabète (oui/non) – si oui, à préciser :

Obésité :

- ❖ Age de début :
- ❖ IMC (kg/m²) :
- ❖ Percentile IMC (si âge < 16 ans) :
- ❖ Troubles du comportement alimentaire (oui/non) – si oui, à préciser :

Insulino-résistance – si oui, à préciser :

Lipodystrophie – si oui, à préciser :

Dyslipidémie – si oui, à préciser :

Maladie rénale – si oui, à préciser :

Maladie cardiaque – si oui, à préciser :

Maladie hépatique – si oui, à préciser :

Antécédent d'AVC:

Syndrome des ovaires polykystiques – si oui, à préciser :

Syndrome d'hypogonadisme hyper- ou hypogonadotrope – si oui, à préciser :

Troubles neuro-développementaux – si oui, à préciser :

Malformations congénitales – si oui, à préciser :

Troubles auditifs – si oui, à préciser :

Troubles visuels – si oui, à préciser :

Troubles digestifs – si oui, à préciser :

Pancréatite – si oui, à préciser :

Consanguinité connue :

Antécédents familiaux à préciser :

Syndrome envisagé le cas échéant :

Tests génétiques auparavant effectués – si oui, à préciser :

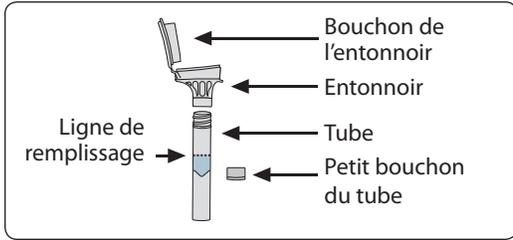
Allogreffe de moelle osseuse ou cellules souches hématopoïétiques :



ORagene®DNA

REF OG-500 et OG-510

REF OG-600 et OG-610



Précautions de prélèvement :

Ne PAS manger, boire, fumer ni mâcher du chewing-gum dans les 30 minutes précédant le prélèvement de l'échantillon salivaire.

Ne PAS retirer le film plastique du bouchon de l'entonnoir.

Application : Pour le prélèvement d'ADN humain à partir d'échantillons salivaires.

Contenu : Le kit contient du liquide stabilisateur.

Avertissements et précautions : Rincer à l'eau en cas de contact du liquide stabilisateur avec les yeux ou la peau. Ne pas ingérer. Consulter la fiche signalétique sur le site www.dnagenotek.com.

Bouchon de petite taille, danger de suffocation.

Conservation : 15°C / 30°C

Résumé et explication du kit :

Oragene-DNA est un kit d'auto-prélèvement qui fournit les matériaux et les instructions pour le prélèvement et la stabilisation des échantillons salivaires.

Légende de l'étiquette :

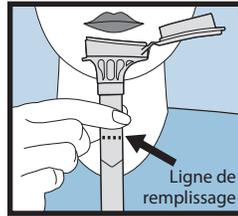
- Consulter la notice
- Prélever la salive avant le (utiliser avant le)
- Dispositif médical de diagnostic in vitro
- Numéro de référence catalogue
- Marquage CE
- Attention, consulter la notice d'utilisation
- Instructions de stockage
- Représentant agréé
- Fabricant
- Numéro de lot

NOTICE D'UTILISATION

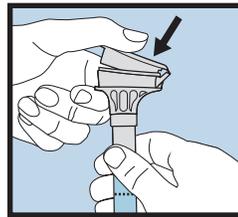
Lire la notice avant le prélèvement

Procédure :

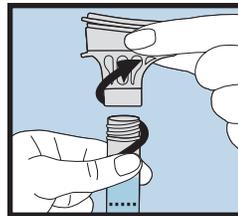
Le prélèvement d'un échantillon salivaire prend en général entre deux et cinq minutes en suivant les étapes 1 à 5.



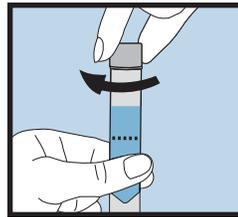
- 1 Cracher dans l'entonnoir jusqu'à ce que la salive (et non les bulles) atteigne la ligne de remplissage indiquée sur l'image N°1.



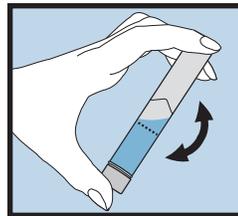
- 2 D'une main, tenir le tube à la verticale. De l'autre, fermer le bouchon (comme indiqué) en le poussant fermement jusqu'à ce qu'un claquement fort se fasse entendre. Le liquide se trouvant dans le bouchon est libéré dans le tube et se mélange à la salive. S'assurer que le bouchon est bien fermé.



- 3 Tenir le tube à la verticale. Dévisser l'entonnoir du tube.



- 4 Utiliser le petit bouchon pour fermer hermétiquement le tube.



- 5 Agiter le tube fermé pendant 5 secondes. Jeter ou recycler l'entonnoir.



Diagnostic in vitro

DNAgenotek



Fabriqué au Canada
DNA Genotek Inc.
3000 - 500 Palladium Drive
Ottawa, ON, Canada K2V 1C2

*Échantillons de qualité supérieure
Performances démontrées*

Tél. : +1.613.723.5757
Télécopie : +1.613.723.5057
info@dnagenotek.com
www.dnagenotek.com



Emergo Europe, Prinsessegracht 20, 2514 AP The Hague, The Netherlands

Oragene®-DNA n'est pas disponible à la vente aux Etats-Unis.

*Oragene est une marque déposée de DNA Genotek Inc.

Certains produits DNA Genotek peuvent ne pas être disponibles dans certaines régions, veuillez contacter votre vendeur pour plus de détails.

Tous les protocoles DNA Genotek, rapports et notes d'application sont disponibles dans la rubrique « support » de notre site Internet www.dnagenotek.com.

Brevet (www.dnagenotek.com/legalnotices)

© 2017 DNA Genotek Inc., une filiale d'OraSure Technologies, Inc, tous droits réservés.
PD-PR-00288 (FR - French) Issue 3/2017-02