# FICHE DE PRESCRIPTION MÉDICALE

## ATTESTATION DE CONSULTATION / CONSENTEMENT

# TROUBLES DE LA REPRODUCTION

## BILAN BIOLOGIQUE ET/OU GÉNÉTIQUE

Laboratoire Cerba
Service de la Relation Client
Tél. : +33 (0)1 34 40 20 20
Fax : +33 (0)1 34 40 21 29
Email : src@lab-cerba.com

**Joindre impérativement l'attestation de consultation et le consentement signés (document au verso)**

### LABORATOIRE PRÉLEVEUR

N° Client: |_|_|_|_|_|_| C /|_|

Cachet obligatoire

### PRÉLÈVEMENT

**Date de prélèvement** |_|_|/|_|_|/|_|_|_|_|

☐ **Sang total EDTA**

☐ **Sang total hépariné**

### PATIENT(E)

Nom ……

Prénom……

Nom de naissance……

Adresse ……

CP …… Ville ……

Date de naissance : |_|_|/|_|_|/|_|_|_|_|

### PRESCRIPTEUR

Nom ……

Prénom……

Adresse ……

CP …… Ville ……

Tél. |_|_| |_|_| |_|_| |_|_| |_|_|

Fax |_|_| |_|_| |_|_| |_|_| |_|_|

Adresse e-mail : ……

### RENSEIGNEMENTS SUR L'APPARENTÉ

**CONJOINT** :

Nom …… Prénom …… Date de naissance : |_|_|/|_|_|/|_|_|_|_|

### BILAN FCS PRÉCOCES (≥3 avant 14 SA)

#### BILAN GÉNÉTIQUE

☐ Caryotype constitutionnel sanguin *(code : 09703)*

☐ Caryotype sur produit de fausses couches *(code : 09902)*

☐ Etude chromosomique sur puce à ADN (ACPA) sur produit de fausse couche *(code : PFOET)*

#### BILAN HORMONAL

☐ Prolactinémie *(code : 19901)*

☐ TSH *(code : 41501)*

☐ Ac anti TPO *(code : 40605)*

☐ Ac anti thyroglobuline (en fonction de la TSH) *(code : 40705)*

☐ Ac anti récepteurs à la TSH (en fonction de la TSH) *(code : 41902)*

☐ Autres : ……..

#### BILAN IMMUNOLOGIQUE

☐ Ac antinucléaires *(code : 35805)*

☐ Ac anti DNA natif *(code : 35901)*

☐ Ac anti Ag nucléaires solubles (SSA/SSB Sm/RNP/Scl70/JO1/CENPB) *(code : 37001)*

☐ Ac anti cardiolipines (IgM et IgG) *(codes : 34301 et 34302)*

☐ Ac anti β2 GP1 (IgM et IgG) *(codes : 34001 et 34009)*

☐ Autres : ……..

#### BILAN DE LA RÉSERVE OVARIENNE

☐ FSH à J2-J3 du cycle *(code : 19702)*

☐ LH à J2-J3 du cycle *(code : 19803)*

☐ Estradiol à J2-J3 du cycle *(code : 16501)*

☐ Progestérone à J20-J22 du cycle *(code : 19301)*

☐ AMH

#### BILAN VITAMINIQUE

☐ Vit B6, B9, B12 *(codes : 46601, 46901 et 47201)*

☐ Homocystéinémie *(code : 69901)*

☐ Autres : ……

#### BILAN DE THROMBOPHILIE

☐ Prot S *(code : 86901)*

☐ Prot C *(code : 86801)*

☐ AT III *(code : 85001)*

☐ ACC *(code : ACCO)*

☐ F II (mutation G20210G>A du gène de la prothrombine) *(code : 86302)*

☐ F V Leiden *(code : 85602)*

☐ *MTHFR* (677 C>T) + (1298 A>C) *(code : MTHFR)*

☐ *MTHFR* (677 C>T) *(code : 43208)*

☐ *MTHFR* (1298 A>C) *(code : 43209)*

☐ Autres : ……..

### BILAN HYPOFERTILITÉ

#### INDICATION MASCULINE

☐ (53) OATS

☐ (52) Azoospermie

☐ (02) Suspicion de syndrome de Klinefelter

☐ (54) ABCD

☐ (08) Bilan pré ICSI / FIV / Don de gamètes

☐ (10) Infertilité non étiquetée

#### INDICATION FÉMININE

☐ (55) Diminution de la réserve ovarienne

☐ (56) IOP sporadique

☐ (57) IOP familiale

☐ (10) Infertilité non étiquetée

☐ (27) Suspicion de syndrome de Turner

#### TEST DEMANDÉ

☐ Caryotype constitutionnel sanguin *(code : 09703)*

☐ Recherche des mutations fréquentes du gène CFTR *(code : CF139)* (+/-variant d'épissage IVS8 (T)(TG) +/- mutations rares) (test reflex)

☐ Micro-délétions du chromosome Y*(code : DELY)*

☐ Etude du gène FMR1 (syndrome X fragile) *(code : FRAXA)*

☐ AC Anti-ovaires *(code : 36901)*

☐ AC Anti-corticosurrenales *(code : 34201)*

☐ *MTHFR* (677 C>T)+ (1298 A>C) *(code : MTHFR)*

☐ *MTHFR* (677 C>T) *(code : 43208)*

☐ *MTHFR* (1298 A>C) *(code : 43209)*

☐ AC Anti-testicules *(code : 34206)*

☐ Chlamydia trachomatis : diagnostic moléculaire sur prélèvement Génital *(code : CTPCR)*

☐ Panel Infertilité masculine* (193 gènes) *(code : IS070)*

☐ Panel Infertilité masculine féminine* (204 gènes) *(code : IS047)*

☐ Autres : ……

*https://www.lab-cerba.com/files/live/sites/Cerba/files/documents/FR/FDE_EXOME_PANEL_FR_REPRO.pdf

*Le laboratoire Cerba est amené, en qualité de responsable du traitement, à traiter vos données personnelles renseignées dans le présent formulaire. Nous traitons ces données pour les finalités suivantes : réalisation des analyses, interprétation et transmission des résultats, gestion administrative du laboratoire, fins scientifiques ou de contrôle et le cas échéant, anonymisation des données. Pour exercer vos droits, vous pouvez contacter notre référent à la protection des données (RPD) en écrivant à : rpd.cerba@lab-cerba.com / CERBA – RPD – Parc d'activités Les Béthunes –7/11 Rue de l'Equerre – 95 310 Saint-Ouen-l'Aumône. Pour en savoir plus sur la gestion de vos données personnelles, rendez-vous sur le site www.lab-cerba.com, onglet « Données Personnelles»*

Cerba

# FICHE DE PRESCRIPTION MÉDICALE

## ATTESTATION DE CONSULTATION / CONSENTEMENT

Laboratoire Cerba
Service de la Relation Client
Tél. : +33 (0)1 34 40 20 20
Fax : +33 (0)1 34 40 21 29
Email : src@lab-cerba.com

# TROUBLES DE LA REPRODUCTION

## BILAN BIOLOGIQUE ET/OU GÉNÉTIQUE

**Joindre impérativement l'attestation de consultation et le consentement signés (document ci-après)**

## ATTESTATION DE CONSULTATION DU MÉDÉCIN 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).

| IDENTITÉ du PATIENT | IDENTITÉ du REPRÉSENTANT LÉGAL | PRESCRIPTEUR |
|---|---|---|
| *Nom :*<br>*Prénom :*<br>*Date de Naissance :* | *Nom, Prénom, Date de Naissance*<br><br>Si le patient est mineur ou majeur sous tutelle<br>Lien avec le patient : | *Nom :*<br>*Prénom :* |
| *Signature* | *Signature* | *Signature* |

## ATTESTATION D'INFORMATION ET CONSENTEMENT POUR LA RÉALISATION DU TEST

Je soussigné(e), atteste avoir reçu du :

- ☐ médecin généticien : Dr/Pr……
- ☐ conseiller en génétique sous la responsabilité du Dr/Pr……

les informations concernant l'examen des caractéristiques génétiques qui m'est proposé, qui sera réalisé à partir :

- ☐ du (des) prélèvements biologiques pratiqués sur moi-même
- ☐ du (des) prélèvements biologiques pratiqués sur mon enfant ou sur la personne majeure placée sous tutelle

et consens à l'examen génétique dans le cadre de :

J'ai été informé(e) :

- De mon droit à faire à tout moment la demande que cette étude soit interrompue, que les résultats ne me soient pas communiqués, ou que les échantillons stockés soient détruits
- Que l'interprétation complète de ces résultats repose, dans certaines situations, sur la définition de la parenté biologique, qui peut être analysée à partir de ces prélèvements.
- De ma responsabilité concernant mon devoir d'information familiale, si une anomalie génétique grave dont les conséquences sont susceptibles de mesures de préventions, y compris de conseil génétique, ou de soins était mise en évidence.

Le résultat de cet examen me sera rendu et expliqué par le médecin prescripteur (ou par délégation au conseiller en génétique) en l'état actuel des connaissances dans le cadre d'une consultation de génétique.

| | |
|---|---|
| J'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. | ☐ Oui ☐ Non |
| La technique utilisée peut éventuellement **révéler des informations génétiques sans lien avec la pathologie concernée, mais pouvant avoir un impact sur ma santé ou celle d'apparentés**. Je souhaite être informé(e) de ces résultats. | ☐ Oui ☐ Non |
| J'autorise la transmission d'un échantillon ainsi que des données médicales nécessaires, dont d'éventuelles photographies, à un autre laboratoire pour **compléter cette étude génétique.** | ☐ Oui ☐ Non |
| J'autorise l'**enregistrement et la conservation des données médicales** utiles à la gestion de la démarche diagnostique dans des bases de données informatiques. | ☐ Oui ☐ Non |

| | |
|---|---|
| Dans le cadre de la démarche diagnostique, une partie de mon prélèvement peut ne pas être utilisée. J'autorise sa conservation et son utilisation pour des études d'assurance de la qualité interne au laboratoire. | ☐ Oui ☐ Non |
| J'autorise l'utilisation anonymisée des données médicales et/ou d'une partie des prélèvements dans le cadre de projets de recherche sans bénéfice direct. | ☐ Oui ☐ Non |

J'ai eu la possibilité de poser toutes les questions que je souhaitais au médecin généticien ou conseiller en génétique qui m'a prescrit cette analyse et j'en ai eu des réponses complètes et adéquates.

Fait à …… le ……

SIGNATURE

*Le laboratoire Cerba est amené, en qualité de responsable du traitement, à traiter vos données personnelles renseignées dans le présent formulaire. Nous traitons ces données pour les finalités suivantes : réalisation des analyses, interprétation et transmission des résultats, gestion administrative du laboratoire, fins scientifiques ou de contrôle et le cas échéant, anonymisation des données. Pour exercer vos droits, vous pouvez contacter notre référent à la protection des données (RPD) en écrivant à :* rpd.cerba@lab-cerba.com */ CERBA – RPD – Parc d'activités Les Béthunes –7/11 Rue de l'Equerre – 95 310 Saint-Ouen-l'Aumône. Pour en savoir plus sur la gestion de vos données personnelles, rendez-vous sur le site* www.lab-cerba.com, *onglet « Données Personnelles»*