

PATIENT	MEDECIN PRESCRIPTEUR
Nom	Nom
Prénom.....	Adresse.....
Date de naissance
Adresse.....	Tél.....
.....	Mail@.....

RENSEIGNEMENTS SUR L'APPARENTE

CONJOINT
NomPrénom.....

BILAN FCS PRECOCES (≥3 avant 14 SA)

BILAN GENETIQUE	BILAN HORMONAL
<input type="checkbox"/> Caryotype constitutionnel sanguin <input type="checkbox"/> Caryotype sur produit de fausses couches <input type="checkbox"/> Etude chromosomique sur puce à ADN (ACPA) sur produit de fausse couche ✨ <i>(joindre un prélèvement sanguin maternel sur EDTA pour la recherche de contamination maternelle)</i>	<input type="checkbox"/> Prolactinémie <input type="checkbox"/> TSH <input type="checkbox"/> Ac anti TPO <input type="checkbox"/> Ac anti thyroglobuline (en fonction de la TSH) <input type="checkbox"/> Ac anti récepteurs à la TSH (en fonction de la TSH) <input type="checkbox"/> Autres :

BILAN IMMUNOLOGIQUE	BILAN DE LA RESERVE OVARIENNE
<input type="checkbox"/> Ac antinucléaires <input type="checkbox"/> Ac anti DNA natif <input type="checkbox"/> Ac anti Ag nucléaires solubles (SSA/SSB Sm/RNP/Sci70/JO1/CENPB) <input type="checkbox"/> Ac anti cardiolipines (IgM et IgG) <input type="checkbox"/> Ac anti β2 GP1 (IgM et IgG) <input type="checkbox"/> Autres :	<input type="checkbox"/> FSH à J2-J3 du cycle <input type="checkbox"/> LH à J2-J3 du cycle <input type="checkbox"/> Estradiol à J2-J3 du cycle <input type="checkbox"/> Progestérone à J20-J22 du cycle <input type="checkbox"/> AMH ✨

BILAN VITAMINIQUE	BILAN DE THROMBOPHILIE <small>(recommandé en cas de maladie thromboembolique veineuse familiale du 1^{er} degré ou personnelle)</small>
<input type="checkbox"/> Vit B6,B9,B12 <input type="checkbox"/> Homocystéinémie ✨ <input type="checkbox"/> Autres :	<input type="checkbox"/> Prot S <input type="checkbox"/> Prot C <input type="checkbox"/> AT III <input type="checkbox"/> ACCO <input type="checkbox"/> F II (mutation G20210G>A du gène de la prothrombine) <input type="checkbox"/> F V Leiden <input type="checkbox"/> Mutation 677C>T MTHFR ✨ <input type="checkbox"/> Autres :

Bilan biologique minimal établi recommandé selon les [GUIDELINES RPL ESHRE 2017](#) et selon [les recommandations du CNGOF « Fausses couches précoces à répétition : bilan et prise en charge »](#), Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction (2014) 43,812-841.

BILAN HYPOFERTILITE MASCULINE

INDICATION	TEST DEMANDE
<input type="checkbox"/> (53) OATS <input type="checkbox"/> (52) Azoospermie <input type="checkbox"/> (02) Suspicion de syndrome de Klinefelter <input type="checkbox"/> (54) ABCD <input type="checkbox"/> (09) Bilan pré ICSI <input type="checkbox"/> (10) Infertilité non étiquetée	<input type="checkbox"/> Caryotype constitutionnel sanguin <input type="checkbox"/> Recherche des mutations fréquentes du gène <i>CFTR</i> (+/-variant d'épissage IVS8 (T)(TG) +/- mutations rares) (test reflex) <input type="checkbox"/> Micro-délétions du chromosome Y <input type="checkbox"/> Autres :

BILAN HYPOFERTILITE FEMININE

INDICATION	TEST DEMANDE
<input type="checkbox"/> (55) Diminution de la réserve ovarienne <input type="checkbox"/> (56) IOP sporadique <input type="checkbox"/> (57) IOP familiale <input type="checkbox"/> (10) Infertilité non étiquetée <input type="checkbox"/> (27) Suspicion de syndrome de Turner	<input type="checkbox"/> Caryotype sanguin constitutionnel <input type="checkbox"/> Etude du gène <i>FMR1</i> (syndrome X fragile) <input type="checkbox"/> Chlamydia trachomatis : diagnostic moléculaire sur prélèvement génital <input type="checkbox"/> Autres :

PRELEVEMENT

Date de prélèvement : ___/___/____ Heure de prélèvement : ___ h ___

N° Client : C ___/___/___ Cachet du laboratoire préleveur :

ATTESTATION DE CONSULTATION MEDICALE INDIVIDUELLE

Préalable à la réalisation des examens des caractéristiques génétiques d'une personne et de son identification par empreintes génétiques à des fins médicales

Je soussigné.....Docteur en Médecine,
Conformément aux articles R.1131-4 et R. 1131-5 du décret n° 2008-321 du 4 avril 2008, certifie avoir reçu en consultation ce jour le(la) patient(e) sous-nommé(e) afin de lui apporter les informations sur les caractéristiques de la maladie recherchée, des moyens de la détecter, des possibilités de prévention et de traitement.

Fait à , le

Signature du médecin

Coordonnées du Médecin Prescripteur

CONSENTEMENT POUR LA REALISATION D'EXAMENS DES CARACTERISTIQUES GENETIQUES D'UNE PERSONNE

Conformément aux articles 1131-4 et 1131-5 du 4 avril 2008

Je soussigné(e) M.....né (e) le

Demeurant à :

Reconnais avoir reçu par le Dr..... les informations sur les examens des caractéristiques génétiques qui seront réalisés afin :

- de confirmer ou d'infirmer le diagnostic d'une maladie génétique en relation avec mes symptômes ;
- de confirmer ou d'infirmer le diagnostic pré-symptomatique d'une maladie génétique ;
- d'identifier un statut de porteur sain (recherche d'hétérozygote ou d'un remaniement chromosomique)
- d'évaluer ma susceptibilité génétique à une maladie ou à un traitement médicamenteux.

Pour cela, je consens :

- au prélèvement qui sera effectué chez moi
- au prélèvement qui sera effectué chez mon enfant mineur ou une personne majeure sous tutelle
- au prélèvement qui sera effectué chez mon fœtus mort

Si une partie du prélèvement reste inutilisée après examen,

Je consens à ce qu'il puisse être intégré, le cas échéant, à des fins de recherche scientifique. Dans ce cas, l'ensemble des données médicales me concernant seront protégées grâce à une anonymisation totale. En conséquence, je suis conscient que ces études scientifiques effectuées ne seront sans aucun bénéfice ni préjudice pour moi.

Fait à , le

Signature du patient adulte

ou du représentant légal de l'enfant mineur

ou du tuteur légal de l'adulte sous tutelle :

Partie réservée à Cerba

Etiquette dossier Cerba