

**PRESCRIPTION D'EXAMENS D'IMMUNO-GENETIQUE HLA**
Susceptibilité aux maladies et aux médicaments**PRESCRIPTEUR**

Nom / Prénom:

Signature:

Date de prescription: | | | | | |

ETABLISSEMENT DE SANTE

Identification:

Service / UF:

Tel direct:

PATIENT Sexe (*): F M

Nom de naissance (*):

Nom d'usage (*):

Prénom (*):

Identifiant unique (Etiquette patient):

Né(e) le (*): | | | | | |

PRELEVEUR

Nom / Prénom:

Signature:

Date de prélèvement (*): | | | | | |

Heure de prélèvement:H.....

(* Eléments à indiquer sur les tubes)

RENSEIGNEMENTS CLINIQUES INDISPENSABLES : préciser la pathologie suspectée

Selon l'arrêté du 27/05/13, NOR : AFSP1313547A, l'interprétation du résultat se limite à l'indication pour laquelle l'examen a été prescrit.

Pathologie suspectée:

Signes cliniques:

DEMANDE D'EXAMENS

Toute demande doit être associée à une attestation de consultation et consentement éclairé du patient

URGENCE : cocher ici Préciser impérativement le motif de l'urgence:

- HLA-A29 rétinopathie de Birdshot
 HLA-B27
 uvéite
 maladie rhumatismale:
- HLA-B51 maladie de Behcet
 HLA-B*57:01 Abacavir®
 HLA-C*06 psoriasis

Autres allèles HLA classe I à préciser

- HLA-A:
- HLA-B:
- HLA-C:

- HLA-A, -B, -C, -DRB1 (épitopes partagés) maladie rhumatismale
 HLA-DRB1 (épitopes partagés)
 HLA-DR15, DQ6 maladie neurologique
 Sclérose en plaques
 Narcolepsie
- HLA-DRB1, -DQB1, -DQA1, -DPB1 diabète
 HLA-DQ2, DQ8 (-DQB1, -DQA1) maladie coelocque

Autres allèle HLA classe II à préciser

- HLA-DRB1:
- HLA-DQB1:
- HLA-DQA1:
- HLA-DPB1:

1 tube de sang total EDTA quel que soit le nombre de Looi

Ces examens sont facturés selon la nomenclature des actes NABM.

CONSERVATION ET TRANSPORT DES TUBES A TEMPERATURE AMBIANTE

Réf: PAC/LAB/HLA/FO/007 Version : 5	Titre : Attestation de consultation et consentement en vue d'un examen des caractéristiques génétiques d'une personne	Date d'effet : 08/02/2023
---	---	---------------------------

**ATTESTATION DE CONSULTATION ET CONSENTEMENT
en vue d'un examen des caractéristiques génétiques d'une personne**

2 exemplaires : 1 exemplaire à envoyer au laboratoire avec le prélèvement et 1 exemplaire à conserver dans le dossier médical

ATTESTATION DE CONSULTATION MEDICALE INDIVIDUELLE

Je soussigné, certifie avoir reçu ce jour le (ou la) patient(e) nommé(e) ci-dessous et l'avoir informé(e) ainsi que son représentant légal sur les caractéristiques de la maladie recherchée ou sur les facteurs génétiques de susceptibilité au(x) médicament(s) étudié(s), les moyens de la détecter, le degré de fiabilité des analyses, les possibilités de prévention et de traitement, les modalités de transmission génétique de la maladie recherchée et leurs possibles conséquences chez d'autres membres de sa famille, et avoir recueilli le consentement du (ou de la) patient(e) dans les conditions de l'article R.1131-4 CSP et de l'arrêté du 27 mai 2013.

Signature et Tampon du médecin

Fait à le __/__/__

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

Identité Patient : Nom de naissance : Nom Marital
Prénom : Date naissance : __/__/__

Je soussigné(e)s M et/ou Mme né(e)s le

- Patient concerné par l'examen
- Titulaire(s) de l'autorité parentale du patient ci-dessus
- Représentant légal du patient identifié ci-dessus

Reconnais avoir reçu du médecin prescripteur, l'ensemble des informations nécessaires sur les examens des caractéristiques génétiques (typage HLA) qui seront réalisés afin :

- d'évaluer la susceptibilité génétique à la maladie suivante (visée diagnostique), à préciser :
 - Pathologies rhumatismales
 - Narcolepsie-Cataplexie
 - Maladie coéliqua
 - Maladie de Behçet
 - Uvéite inflammatoire
 - Choriorétinopathie de Birdshot
 - Diabète de type I
 - Autre pathologie (à préciser) :
- d'évaluer la susceptibilité génétique à la maladie à un traitement médicamenteux (visée thérapeutique), à préciser :
 - Hypersensibilité à l'Abacavir
 - Autre pathologie (à préciser) :
- de confirmer ou d'infirmer le diagnostic d'une maladie génétique

Je consens pour cela au prélèvement qui sera effectué sur moi ou sur le patient ci-dessus identifié et à la réalisation des examens génétiques associés (ceux-ci étant réalisés dans un laboratoire autorisé par des praticiens agréés).

Je suis informé(e) que les résultats de l'examen des caractéristiques génétiques seront transmis et expliqués par le médecin prescripteur dans le cadre d'une consultation individuelle.

Je souhaite être informé du résultat de l'examen réalisé : OUI NON

J'ai compris que si une anomalie génétique pouvant être responsable d'une prédisposition ou d'une affection grave était mise en évidence, je devrai permettre la transmission de cette information au reste de ma famille. J'ai été averti que mon silence pouvait leur faire courir des risques ainsi qu'à leur descendance, dès lors que des mesures de prévention, y compris de conseil génétique ou de soins, peuvent être proposées. Ainsi, lors du rendu des résultats, je devrai choisir entre

- Assurer moi-même cette diffusion d'information génétique aux membres de ma famille
- Autoriser le médecin prescripteur à cette diffusion d'information génétique aux membres de ma famille

Si une partie du prélèvement reste inutilisée après examen :

- Je consens à ce qu'il puisse être utilisé, le cas échéant, à des fins de recherche scientifique, impliquant l'examen des caractéristiques génétiques. Dans ce cas, l'ensemble des données médicales me concernant / concernant le patient, seront protégées grâce à une anonymisation totale. En conséquence, ces études scientifiques seront sans bénéfice ni préjudice pour moi ou pour le patient.

Fait à le __/__/__

Signature du patient ou de son
représentant ci-dessus mentionné