

SERVICE DE GÉNÉTIQUE

Autorisation ARS Ile-de-France pour l'examen des caractéristiques génétiques à des fins médicales. Décision n° 13-946 du 23/12/2013

DR B. BRESSAC-DE PAILLERETS
CHEF DE SERVICE
Agrément ABM du 02/07/2013
Réf. : AG13-3843GEN
Tél. : 33 (0)1 42 11 54 90
brigitte.bressac@gustaveroussy.fr

PRATICIEN
DR O. CABARET
Agrément ABM du 02/10/2013
Réf. : AG13-4006GEN
Tél. : 33 (0)1 42 11 63 94
odile.cabaret@gustaveroussy.fr

BIOLOGISTE
DR M. GUILLAUD-BATAILLE
Agrément ABM du 09/07/2015
Réf. : AG15-5213GEN
Tél. : 33 (0)1 42 11 62 02
marine.guillaudbataille@gustaveroussy.fr

**CADRE DE PLATE-FORME
BIOLOGIE MOLÉCULAIRE**
S. FORGET
Tél. : 33 (0)1 42 11 65 92
sebastien.forget@gustaveroussy.fr

CADRE TECHNIQUE
J. BOMBLED
Tél. : 33 (0)1 42 11 62 27
johnny.bomblede@gustaveroussy.fr

SECRETARIAT
F. SANCY
fanny.sancy@gustaveroussy.fr
A. BUISSON
Tél. : 33 (0)1 42 11 40 23
ANGELIQUE.BUISSON@gustaveroussy.fr

Fax : 33 (0)1 42 11 52 67

RÉCEPTION DES PRÉLÈVEMENTS
Tél. : 33 (0)1 42 11 49 48

(Fiche à joindre aux échantillons primaires)

Identification du Patient (Remplir ou coller étiquette)	Identification de la famille
Nom	<input type="checkbox"/> Nouvelle (Joindre un arbre)
Nom de naissance	<input type="checkbox"/> Connue
Prénom	Code
NIP	A défaut, nom :
Date de naissance	
Sexe <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	
Histoire du Patient	Contexte familial

Prescripteur

Nom du médecin

Service

Tél service

Conseiller en génétique :

Joindre obligatoirement une **photocopie du consentement** signé par la personne, ainsi que l'**attestation d'information** signée par le prescripteur.

Rappel concernant la législation : selon la loi n°2011-814 du 7 juillet 2011 relative à la Bioéthique (art. L1131-2), le décret n°2008-321 du 4 Avril 2008 (article R1131-5) et l'arrêté du 23 Mai 2013 relatifs à l'examen des caractéristiques génétiques d'une personne à des fins médicales, le laboratoire agréé réalisant ces examens doit disposer de la **prescription, du consentement et de l'attestation d'informations données à la personne** par le prescripteur.

Analyse demandée	Date de prescription
<input type="checkbox"/> Cas index	<input type="checkbox"/> Apparenté
<input type="checkbox"/> Analyse intégrale (criblage)	GENE(S) :
<input type="checkbox"/> Analyse ciblée (recherche d'une mutation connue)	
<input type="checkbox"/> Urgence (PRAG)	Résultat souhaité pour le

Prélèvement : Date Heure..... Identité du préleveur

<input type="checkbox"/> 1^{er} prélèvement	<input type="checkbox"/> 2^e prélèvement
--	---

Echantillons primaires (expédition à température ambiante, si possible en moins de 48H) :

<input type="checkbox"/> 5 ml de sang EDTA	<input type="checkbox"/> 20 ml de sang hépariné**	<input type="checkbox"/> Papier FTA***	<input type="checkbox"/> Autre
Motif	(sang ou frottis jugal)

*Si la mutation a été identifiée dans un autre laboratoire, faire parvenir le compte rendu au laboratoire.
Pour conservation de lymphocytes viables (préciser le motif) *Uniquement pour analyse ciblée, **non utilisable pour les grands réarrangements.**

Partie réservée au laboratoire			
Conformité CORE BIOPATH	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	Signature :
Nombre d'échantillons primaires :			
Enregistrement	Syndrome.....	Fiche n°.....	
..... Sang total n°..... PBLs n°..... FTA n°.....	

