

# FORMULAIRE DE PRISE DE CONTACT CONSULTATION DE GENETIQUE MEDICALE



**LABORATOIRE NATIONAL DE SANTE  
NATIONAL CENTER OF GENETICS**

1, rue Louis Rech  
L-3555 Dudelange  
[nCG-clingen@lns.etat.lu](mailto:nCG-clingen@lns.etat.lu)  
Formulaire disponible sous [www.lns.lu](http://www.lns.lu)

Madame, Monsieur, vous sollicitez une prise en charge en génétique médicale. Afin de répondre au mieux à votre demande, nous vous remercions de répondre aux questions ci-dessous, et de nous retourner :

- Ce questionnaire
- Votre ordonnance (médecin spécialiste)
- Un rapport médical détaillé vous concernant
- Les résultats des tests génétiques effectués chez votre/vos apparentés le cas échéant

A la réception de l'ensemble de ces documents, vous serez recontacté rapidement pour vous proposer une prise en charge en génétique médicale. **L'absence des documents demandés entrainera un retard dans le traitement de votre demande.** Merci d'adresser vos documents par email à : [nCG-clingen@lns.etat.lu](mailto:nCG-clingen@lns.etat.lu)

<p>COUVERTURE SANTE</p> <p><input type="checkbox"/> CNS</p> <p><input type="checkbox"/> Autre: .....</p>	<p>Nom .....</p> <p>Prénom .....</p> <p>Date de naissance (jj/mm/aa) .....</p> <p>Matricule .....</p>
<p>LANGUES PARLEES:</p> <p><input type="checkbox"/> Français   <input type="checkbox"/> Allemand   <input type="checkbox"/> Anglais</p> <p><input type="checkbox"/> Autre: .....</p>	<p>Adresse .....</p> <p>Tel .....</p> <p>Email .....</p>

Êtes-vous actuellement enceinte ?    OUI    NON   Si oui, quelle est la date de début de grossesse (jj/mm/aa): .....

*En cas de grossesse en cours, merci de nous retourner ce questionnaire au plus vite, même en l'absence des documents médicaux complémentaires vous concernant ou concernant vos apparentés. Ceux-ci restent importants pour votre prise en charge et seront à nous fournir au plus tôt, idéalement avant votre consultation.*

La maladie vous amenant à consulter est-elle connue dans la famille ? Quelle est-elle ?  
.....

Quel est votre lien de parenté avec la personne atteinte ?  
.....

Quelle est l'identité de la personne atteinte (Prénom, Nom, Date de Naissance) ?  
.....

*Par ce document, je consens explicitement à ce que le service de génétique médicale du LNS, puisse accéder à toute information de mon dossier médical (ou de celui des personnes mineures, ou majeures placées sous tutelle, et dont j'ai la responsabilité légale) détenue par d'autres professionnels de santé ou structures de soin, au Luxembourg ou à l'étranger, dès lors que celle-ci se révèle pertinente pour ma prise en charge en Médecine Génétique. J'autorise l'accès à ces données en amont de la consultation de génétique si besoin en est. J'autorise également que puisse être demandé, préalablement à la consultation de génétique, un rapport auprès du médecin spécialiste m'adressant ou me suivant, si je n'en ai pas en ma possession au moment de cette demande.*

Fait à : .....      le : .....      Signature : .....

<p><b>CADRE RESERVE LNS</b></p> <p>XU – U – ClinG – PN – PC – CG</p> <p>OncoU – OncoInt – Onco</p> <p>WL</p> <p>AS – VC – GJ – RD – AH – BK – DB</p> <p>Glims N°: .....</p>	<div style="border: 1px dashed black; padding: 20px; width: 80%; margin: auto;"> <p>ETIQUETTE</p> </div>	<p><b>DATE</b></p>	<p><b>ACTION</b></p>
			Reception

[CLINGEN-AS1-FOR-02564] [FRA] (A) ; v1