

# BON DE DEMANDE: ANALYSE GENETIQUE PRENATALE

## INFORMATIONS PRELEVEMENTS

Identification du préleveur  
(Ou étiquette préleveur)

## ETIQUETTE-CODE BARRE LNS

ETIQUETTE LNS

## MEDECIN PRESCRIPTEUR

Nom - Prénom du prescripteur

Adresse - Pays

Téléphone / Ligne directe

Fax

Date de prescription

Signature / Cachet

Les résultats seront envoyés **uniquement** au médecin prescripteur

## PATIENT

Nom de naissance

Prénom

Nom marital

Sexe

Date de naissance

Matricule

Adresse - Pays

Patient affilié à la CNS/UCM  Oui  Non

\*En cas de non-affiliation à la CNS/UCM, le patient recevra une facture de la part du laboratoire qu'il pourra opposer à sa mutuelle le cas échéant.

## PRELEVEMENT

Date et heure de prélèvement: le ..... à : .....

Prélèvements parentaux

Envoyé le : ..... (joindre impérativement un prélèvement de sang périphérique de la patiente : tube EDTA)

Liquide amniotique (Quantité minimale : 20 ml)

Aspect du prélèvement : .....

Villosités chorales (Quantité minimale : 20 mg)

Tube EDTA 5 ml

Sang fœtal ou de cordon (Quantité minimale : 2 ml)

Quantité du prélèvement : .....

Placenta/ Produit de fausse-couche /Curetage

Autre: .....



## NOTE D'INFORMATION

- Les demandes de Dépistage Prénatal Non Invasif (NIPT) et de RHD fœtal se font par les formulaires spécifiques qui sont disponibles [www.lns.lu](http://www.lns.lu) rubrique téléchargements.
- Merci de compléter le formulaire de consentement éclairé joint : Pour une analyse génétique les **signatures du patient ET du prescripteur** sont indispensables.
- Pour toute demande d'analyse génétique non listée, merci de contacter le laboratoire avant la demande à l'adresse suivante: [avis-prescription-genetique@lns.etat.lu](mailto:avis-prescription-genetique@lns.etat.lu). Une consultation de génétique clinique peut être nécessaire avant la réalisation du test.
- Les informations cliniques sont obligatoires, merci de spécifier l'indication pour la réalisation de l'analyse.

## INDICATION

Âge gestationnel en SA: ..... Grossesse : G..... P .....

Signe d'appel échographique *préciser ci-dessous et joindre CR*

NIPT positif : *précisez ci-dessous et joindre CR*

Antécédent d'aneuploïdie fœtale ou anomalie chromosomique familiale : *préciser ci-dessous et joindre CR cytogénétique*

Diagnostic prénatal d'affection génique : *préciser ci-dessous et joindre CR analyse moléculaire et/ou échographique*

Fausse couche précoce

AUTRE: .....

## RENSEIGNEMENTS CLINIQUES ET/OU GÉNÉALOGIQUES ET/OU ORIGINES GÉOGRAPHIQUES INDISPENSABLES:

## ANALYSE(S) DEMANDEE(S)

Caryotype

FISH ciblée: (*préciser le locus*) .....

QF-PCR : Diagnostic rapide des aneuploïdies : 13/18/21- X/Y (*joindre impérativement un prélèvement de sang périphérique de la patiente : tube EDTA*)

Dosage AFP (effectué par le département de Biologie Clinique)

CGH-array (*joindre impérativement un prélèvement de sang périphérique de chacun des parents : tube EDTA*)

Analyse ciblée :  CFTR  Autre : .....

## CADRE RESERVE A LA RECEPTION CENTRALISEE (LNS)

## Préciser l'identité du Père :

Nom de naissance

Prénom

Matricule

## FORMULAIRE DE CONSENTEMENT

En signant ci-dessous, je consens à effectuer le test génétique tel qu'indiqué sur le formulaire de demande de test afin de déterminer la cause génétique de l'état clinique mentionné ci-dessus.

Je confirme par la présente que le médecin prescripteur (signé ci-dessous) m'a informé en détail de la nécessité médicale, des bénéfices potentiels et des limites du test génétique prévu. De plus, les conséquences possibles de la communication du résultat du test (par exemple, la charge psychologique) ont été discutées.

Avec votre accord, vos échantillons biologiques non utilisés seront conservés.  - J'accepte qu'ils pourront être utilisés pour vérifier les résultats obtenus, pour des analyses ultérieures et dans le cadre de l'assurance qualité du laboratoire  - J'accepte qu'ils pourront être utilisés à des fins de recherche ou dans le cadre de l'enseignement universitaire	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non  <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Je consens à être informé <sup>1</sup> d'éventuels résultats secondaires / complémentaires <sup>2</sup> si ceux-ci ont des implications médicales directes (p.ex. : possibilité de mesures de prévention ou conséquences thérapeutiques) ou peuvent constituer un risque génétique important pour moi ou les membres de ma famille.  <sup>1</sup> Selon les connaissances scientifiques actuelles et sur la base des recommandations actuelles du Collège américain de génétique médicale et génomique (ACMG). <sup>2</sup> Variants pouvant être obtenus accidentellement au cours d'un test génétique et associés à une affection autre que celle pour laquelle le test a été initialement indiqué	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
(Si nécessaire), je consens à ce que mon échantillon, mes données personnelles et la demande de test soient transmis à un laboratoire ou à un institut coopérant spécialisé dans le but de rechercher la maladie susmentionnée	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
J'accepte que les données et les résultats de tests collectés dans le contexte de la maladie en question puissent être utilisés sous une forme anonymisée pour la recherche scientifique <sup>1</sup> et publiés sous une forme anonyme dans des revues médicales. <sup>1</sup> p.ex: afin d'améliorer la compréhension des mécanismes moléculaires de la maladie et/ou dans le but de développer de nouvelles possibilités de diagnostic ou de traitement	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

Je suis conscient(e) que mon consentement s'applique à moi et/ou à mon ou mes enfants mineurs, et que je peux retirer ce consentement à tout moment, verbalement ou par écrit, sans avoir à en fournir les raisons.

Lieu et date: \_\_\_\_\_

Signature du médecin traitant \_\_\_\_\_

Signature du patient ou de son représentant légal \_\_\_\_\_