

## Annexe n°4 : Bon d'analyse FISH Myélome multiple



### UNITE GENETIQUE / GENOMIQUE DU MYELOME Bon d'analyse F.I.S.H. Myélome Multiple



**Attention : Ne pas prélever le vendredi, ni la veille de jour férié**

Pr Hervé AVET-LOISEAU  
(MD, PhD)  
Chef de service  
Laboratoire d'hématologie  
9 Quai Moncousu  
44093 NANTES  
herve.aveloiseau@chu-nantes.fr

#### GENETIQUE

Attaché de recherche clinique :  
C. Avet-Loiseau

#### Techniciens :

M. Allaga  
N. Colin  
M. Ménard  
C. Pierre  
A. Ruau  
Tel : 02 40 08 77 74  
Fax : 02 40 08 40 50

#### GENOMIQUE

Responsables :  
Dr F. Magrangeas (PhD)  
florence.magrangeas@chu-nantes.fr  
Dr S. Minvielle (PhD)  
stephane.minvielle@chu-nantes.fr  
Tel : 02 40 16 56 91

#### Techniciens :

E. Béguet  
M. Martin  
E. Moranton  
N. Roi  
Tel : 02 40 16 56 92

#### Bio-Informaticien :

W. Gouraud  
Bio-Mathématicien :  
C. Guérin  
Qualificien :  
A. Ferré

#### Sur rendez-vous SVP, prélèvements à fournir :

- 3 à 5 ml de moelle osseuse sur tube EDTA pour étude cytogénétique (Etude FISH)  
*Préciser MO sur le tube, pour éviter toute confusion avec les tubes de sang*
- 2 prélèvements de sang de 5 ml sur tube SEC pour dosage centralisé de la  $\beta_2$ -microglobuline et sérothèque
- 2 prélèvements de sang de 5ml sur tube EDTA pour plasmathèque et DNathèque
- Joindre un consentement signé par le patient

Envoyer les échantillons groupés sous 24 heures dans une enveloppe DHL, à température ambiante ou + 4°C.

Adresser l'envoi à :

Laboratoire de Génétique du Myélome (UF 9208)  
Pr AVET-LOISEAU  
CHU de NANTES  
9 quai Moncousu  
44093 NANTES Cedex 01

Tel : 02 40 08 77 74 / Fax : 02 40 08 40 50

Les enveloppes DHL et containers pour l'envoi seront fournis par l'IFM sous le compte DHL : 222 016 122 (contact : Dr MATHIOT au 01 44 32 42 45)

#### PATIENT :

- NOM : .....
- Nom de jeune fille : .....
- Prénom : .....
- Sexe : .....
- Date de naissance : .....

#### INDICATIONS :

Diagnostic Initial :  Rechute :

Inclus dans un protocole : OUI  / NON  Si oui, lequel : .....

#### PRELEVEMENTS :

##### Moelle osseuse :

Date : ..... Heure : .....

##### Sang :

Date : ..... Heure : .....

#### MEDECIN REFERENT (pour envoi du résultat) :

- NOM : .....
- Centre : .....
- Service : .....
- N° de téléphone : .....
- N° de Fax : .....



## Annexe n°5 : Fiche de consentement patient (recherche)

 <b>Patient capable majeur</b>	<b>FORMULAIRE D'INFORMATION ET CONSENTEMENT</b> pour conservation, utilisation et cession de prélèvements à des fins de recherche scientifique y compris génétique et des données associées codées.	Version 18 juin 2010
--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------

Le service d'hématologie biologique du Centre Hospitalier et Universitaire de Nantes réalise une biocollection sur les gammopathies monoclonales. Son but est de permettre la découverte de marqueurs moléculaires prédictifs, afin d'améliorer la prise en charge des patients. Cette biocollection est réalisée à partir d'un don de sang et/ou des échantillons biologiques disponibles au décours de la prise en charge des patients. En cas d'absence de consentement, ces échantillons biologiques sont détruits. L'analyse de ces échantillons biologiques nécessite également le recueil de données médicales vous concernant. Afin de respecter la confidentialité, ces données seront systématiquement codées.

Merci de nous indiquer votre décision en complétant et signant ce document qui sera joint à votre dossier médical.

Je déclare avoir compris le but et les modalités de ce recueil d'échantillons biologiques, qui m'ont été expliqués par le Dr \_\_\_\_\_

Cochez les cases correspondantes à votre situation et à votre choix :

Je soussigné(e)

Mme  Mlle  M.

Nom de famille: ..... Nom de jeune fille : .....

Prénom : ..... né(e) le : [ ]/[ ]/[ ] (date de naissance)

à : (lieu de naissance) .....

Je déclare être majeur capable.

Je déclare savoir que je suis libre de refuser ou d'accepter ma participation à la constitution de ce recueil d'échantillons biologiques, et à l'utilisation des données associées. Ma décision n'aura aucun effet sur ma prise en charge médicale, notamment sur les conditions dans lesquelles me sont et me seront apportés les soins.

Merci d'indiquer votre décision en cochant la ou les cases correspondantes à votre choix.

Je consens à faire don de mes échantillons biologiques disponibles au décours de ma prise en charge et j'accepte que les échantillons de la biocollection et les données associées codées me concernant soient conservés et utilisés par le service de l'hématologie biologique au sein du CHU de Nantes à des fins de recherche scientifique y compris génétique, portant tout domaine de recherche.

J'accepte que mes échantillons biologiques, ainsi que les données associées codées soient cédés, dans le respect de la réglementation et de toute règle de confidentialité, à un ou des tiers en France ou à l'étranger afin qu'il(s) effectue(nt) des recherches scientifiques y compris génétiques, portant sur tout domaine de recherche.

Je refuse de faire don de mes échantillons biologiques disponibles au décours de ma prise en charge et de laisser l'usage de mes données de santé à des fins de recherche.

*Ce formulaire, ainsi que toutes les informations personnelles me concernant resteront strictement confidentiels, sont et resteront couverts par le secret professionnel et médical, ainsi que par le respect de ma vie privée. En vertu de la loi « Informatique et Libertés » du 6 janvier 1978 modifiée (notamment par la loi n° 2004-801 du 6 août 2004), le traitement informatisé de mes données personnelles a été autorisé par la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (CNIL) et je dispose à cet égard d'un droit d'accès, d'opposition, et de rectification des données enregistrées sur informatique à tout moment par l'intermédiaire de mon médecin.*

Je suis libre de revenir sur ma décision en le signifiant :

Au médecin responsable de la biocollection,

par courrier à l'adresse suivante : Hôpital Hôtel Dieu, CHU de Nantes, Service d'hématologie biologique, Pr Hervé Avet-Loiseau

9, quai Moncoussu, 44093 NANTES Cedex 1,

ou par téléphone : 02 40 08 41 89 ou par fax : 02 40 08 40 50,

ou par e-mail : [havetloiseau@chu-nantes.fr](mailto:havetloiseau@chu-nantes.fr)

Date : [ ]/[ ]/[ ]

Signature du patient :

Signature du médecin :

PARTIE RESERVEE AU SERVICE

NOM DE L'ETUDE : \_\_\_\_\_

9240-IM-043 - V2

