

Exploration moléculaire des gènes impliqués dans la Fibrose Pulmonaire
Gènes étudiés : *TERT, TERC*

1 tube de 5 ml de sang prélevé sur EDTA (tube violet). Transport à température ambiante.
A adresser au SERVICE DE BIOCHIMIE GENETIQUE, Bichat.

Date de prélèvement :

Joindre obligatoirement une photocopie du consentement éclairé signé par le patient
En l'absence de consentement, le prélèvement ne sera pas technique

Patient :

Remplir ou coller étiquette

Médecin:

Remplir ou Tampon du service

Nom Prénom :

Nom Prénom :

Date de naissance :

Adresse téléphone :

Renseignements concernant le patient

Cas index

Apparenté

Si apparenté, préciser lien de parenté avec le cas index et la mutation identifiée dans la famille :

-Tableau clinique compatible avec une fibrose pulmonaire

OUI

NON

Si oui, date de découverte :

Biopsie pulmonaire

OUI

NON

Si oui, préciser le type histologique :

Pneumopathie interstitielle commune (UIP)

Pneumopathie interstitielle non spécifique (PINS)

Pneumopathie interstitielle desquamative (DIP)

Pneumopathie organisée

Autre (*en toutes lettres*) :

La maladie est-elle idiopathique ?

OUI

NON → cause :

Paramètres hématologiques : VGM :fl plaquettes :G/l.

Autres signes associés :

-Signes cutanés, phanériens ou muqueux

OUI

préciser : dystrophie des ongles, hyperpigmentation cutanée associée à des zones d'atrophie, leucoplasie des muqueuses

-Signes hématologiques

OUI

préciser : Macrocytose, Anémie aplastique, Autre cytopénie, Déficit immunitaire, Syndrome myélodysplasique, Leucémie myéloïde aigüe

-Signes hépatiques

OUI

préciser : Hypertension portale idiopathique, Cirrhose ou fibrose cryptogénétique

-Cancers

OUI

préciser : Cutané, ORL, œsophage

-Autres

OUI

préciser :

-c-

Exploration moléculaire des gènes impliqués dans la Fibrose Pulmonaire

Patient : Remplir ou coller étiquette
Nom Prénom :
Date de naissance :

Renseignements concernant les apparentés du patient

Apparentés atteints : OUI NON

Pour chaque apparenté, préciser le type d'atteinte, le lien de parenté et joindre un arbre généalogique.

1- Lien de parenté :

- Fibrose pulmonaire OUI
- Signes cutanés OUI
- Signes hématologiques OUI
- Signes hépatiques OUI
- Cancers, autres OUI

2- Lien de parenté :

- Fibrose pulmonaire OUI
- Signes cutanés OUI
- Signes hématologiques OUI
- Signes hépatiques OUI
- Cancers, autres OUI

3- Lien de parenté :

- Fibrose pulmonaire OUI
- Signes cutanés OUI
- Signes hématologiques OUI
- Signes hépatiques OUI
- Cancers, autres OUI

4- Lien de parenté :

- Fibrose pulmonaire OUI
- Signes cutanés OUI
- Signes hématologiques OUI
- Signes hépatiques OUI
- Cancers, autres OUI

5- Lien de parenté :

- Fibrose pulmonaire OUI
- Signes cutanés OUI
- Signes hématologiques OUI
- Signes hépatiques OUI
- Cancers, autres OUI

6- Lien de parenté :

- Fibrose pulmonaire OUI
- Signes cutanés OUI
- Signes hématologiques OUI
- Signes hépatiques OUI
- Cancers, autres OUI

SERVICE de BIOCHIMIE GENETIQUE - H^l BICHAT
CONSENTEMENT POUR UNE ETUDE GENETIQUE

(Conformément au décret n°2000-570 du 23 juin 2000, Art. R.145-15-1 et suivants)
Document à établir en trois exemplaires. Un exemplaire à transmettre au laboratoire qui réalise l'étude génétique, un à remettre au patient et un à conserver dans le dossier médical.

Je déclare donner mon accord pour que soit effectuée l'étude génétique qui peut aider au diagnostic de/du....., dont je souffre ou que présente(nt) un (ou plusieurs) membres de ma famille,

sur moi-même :

NomPrénom :.....Né(e) le/...../.....

sur mon enfant mineur :

NomPrénom :.....Né(e) le/...../.....

sur la personne placée sous ma tutelle :

NomPrénom :.....Né(e) le/...../.....

Je déclare que j'ai reçu les informations suivantes :

- J'ai été informé(e) de la maladie, de ses moyens de diagnostic, de prévention et de traitement.
- L'analyse proposée repose sur une étude du patrimoine génétique. Elle a pour objectif de déterminer s'il existe une anomalie en rapport avec la maladie envisagée ou présente.
- Pour établir un/le diagnostic, cette analyse rend nécessaire un prélèvement de sang ou de tissus (fibroblastes, ...). Les conditions et les conséquences de ce prélèvement m'ont été expliquées.
- Cette analyse est effectuée dans un laboratoire autorisé à la pratique par le Ministère chargé de la Santé. Un deuxième prélèvement peut être nécessaire pour confirmer un résultat ou parce que la technique a échoué.
- J'ai été informé(e) de la nature génétique du test envisagé et des conséquences du résultat pour la prise en charge de ma personne et de ma famille.
- J'ai bien compris que cette technique peut éventuellement détecter des anomalies qui ne sont pas en lien avec ma pathologie.
- Les résultats de cette étude ne seront transmis par le médecin prescripteur qu'à moi seul(e) et ne seront transmis à aucun membre de ma famille.
- Cette étude peut s'étendre sur plusieurs années : le prélèvement peut donc être conservé le temps nécessaire.
- A tout moment, je peux demander que ces résultats ne me soient pas communiqués et/ou que l'étude entreprise soit interrompue.
- A tout moment, je peux demander que le sang prélevé ou les produits de celui-ci (*notamment l'ADN extrait*) soient détruits.
- En l'état actuel des connaissances médicales, les techniques utilisées ne permettent pas dans tous les cas d'aboutir à un diagnostic de certitude.
- J'autorise l'utilisation de ce résultat si mes gènes présentent des caractéristiques qui apparaissent médicalement essentielles pour un des membres de ma famille.

J'accepte que les échantillons biologiques soient conservés et utilisés à des fins de recherche biomédicale, uniquement dans le cadre de la maladie dont je souffre, sans limitation de temps

OUI NON

J'accepte que :

- mes données cliniques et génétiques puissent être utilisées dans le respect du plus strict anonymat et exclusivement dans le cadre :

D'articles scientifiques OUI NON
De base de données scientifiques OUI NON

Je dispose d'un droit d'accès et de rectification aux données informatiques me concernant, par l'intermédiaire du Dr....., conformément à la loi relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés.

Fait àle/...../.....

Signature du patient (ou de son représentant légal) **Signature du médecin** (et cachet de laboratoire)