# FICHE DE PRESCRIPTION MÉDICALE

## ATTESTATION DE CONSULTATION / CONSENTEMENT

# DEMANDE DE TYPAGE HLA

Laboratoire Cerba
Service de la Relation Client
Tél. : +33 (0)1 34 40 20 20
Fax : +33 (0)1 34 40 21 29
Email : src@lab-cerba.com

| LABORATOIRE PRÉLEVEUR | PRÉLÈVEMENT |
|---|---|
| N° Client: \|_\|_\|_\|_\|_\|_\| C /\|_\| <br> Cachet obligatoire | **Date de prélèvement** \|_\|_\|/\|_\|_\|/\|_\|_\|_\|_\| <br> **Sang total EDTA (>5mL) Envoi en réfrigéré sous 5 jours maxi (température ambiante tolérée)** |

| PATIENT(E) | PRESCRIPTEUR |
|---|---|
| NOM ..... | NOM ..... |
| PRÉNOM ..... | PRÉNOM ..... |
| Nom de naissance..... | Adresse ..... |
| Adresse ..... | CP ..... Ville ..... |
| CP ..... Ville ..... | Tél. \|_\|_\| \|_\|_\| \|_\|_\| \|_\|_\| \|_\|_\| |
| Date de naissance : | Fax \|_\|_\| \|_\|_\| \|_\|_\| \|_\|_\| \|_\|_\| |
| | Adresse e-mail : ..... |

| CONTEXTE DE LA DEMANDE | EXAMEN PRESCRIT |
|---|---|
| ☐ Spondylo-arthrite (et manifestations extra-articulaires associées) B27(HLA classe I : B*27) | ☐ Antigène HLA-B27 par cytométrie en flux *(Code OPL : 90401)* ou génotypage si test non concluant ou si délai pré-analytique >5jours <br> ☐ Génotypage HLA Classe I Locus B (allèle B*27 uniquement) *(Code OPL : GB27)* |
| ☐ Maladie de Behçet (et manifestations associées aphtose, uvéïte) B51(5) (HLA classe I : B*51) | ☐ Génotypage HLA Classe I Locus B *(Code OPL : BHLA1)* |
| ☐ Chorio-rétinopathie type Birdshot (et uvéite) A29 (HLA classe I : A*29) | ☐ Génotypage HLA Classe I Locus A *(Code OPL : AHLA1)* |
| ☐ Polyarthrite rhumatoïde (rhumatismes inflammatoires chroniques) DR1, DR4, DR10 et DR14 (HLA classe II : DRB1*01,*04,*10 et *14) | ☐ Génotypage HLA Classe II Locus DRB1 *(Code OPL : HLADR)* |
| ☐ Narcolepsie (hypersomnies et troubles de l'attention) DQ6 (HLA classe II : DQB1*06:02) | ☐ Génotypage HLA Classe II Locus DQB1 (*Code OPL : HLADQ)* |
| ☐ Maladie coeliaque (et intolérance au gluten) DQ2 (HLA classe II : DQA1*05:01/DQB1*02:01 et DQA1*05:05/DQB1*02:02) et DQ8 (HLA classe II : DQA1*03/DQB1*03:02) | ☐ Génotypage HLA Classe II Locus DQB1 et Locus DQA1 *(Code OPL : HLDQA)* |
| ☐ Autre *(précisez)* : ..... | ☐ Autre *(précisez)* : ..... |
| **PHARMACOGÉNÉTIQUE** | |
| ☐ Dépistage avant traitement contenant de l'abacavir (HLA B57) | ☐ Génotypage HLA-B*57 :01 *(Code OPL : B5701)* |
| ☐ Dépistage avant traitement par carbamazépine (HLA B15) | ☐ Génotypage HLA-B*15 :02 et HLA-A*31 :01 *(Code OPL : B1502)* |
| ☐ Hyper-sensibilité à l'allopurinol (HLA B58) | ☐ Génotypage HLA-B*58 :01 *(Code OPL : B5801)* |

## ATTESTATION DE CONSULTATION DU MÉDECIN PRESCRIPTEUR OU DU CONSEILLER EN GÉNÉTIQUE

Je certifie avoir informé le (ou la) patient(e) sus nommé(e) ainsi que ses parents (représentants légaux) sur les caractéristiques de la maladie recherchée, les moyens de la diagnostiquer, les possibilités de prévention et de traitement, le stockage de son prélèvement, et avoir recueilli le consentement du (ou de la) patient(e) ET de sa tutelle dans les conditions prévues par le code de la santé publique (articles R1131-4 et 5). Le(la) patient(e) a notamment été informé(e) :

1. De son droit à faire à tout le moment la demande que cette étude soit interrompue, que les résultats ne me soient pas communiqués, ou que les échantillons stockés soient détruits,
2. Que le résultat de cet examen sera rendu et expliqué par le médecin prescripteur (ou par délégation au conseiller en génétique) en l'état actuel des connaissances.

Le(la) patient(e) autorise :

| | |
|---|---|
| La conservation d'un échantillon biologique issu de mon prélèvement et son utilisation ultérieure pour poursuivre les investigations dans le cadre de la même démarche diagnostique, en fonction de l'évolution des connaissances. | ☐ Oui ☐ Non |
| La transmission d'un échantillon ainsi que des données médicales nécessaires, dont d'éventuelles photographies, à un autre laboratoire pour compléter cette étude génétique si nécessaire. | ☐ Oui ☐ Non |
| L'enregistrement et la conservation des données médicales utiles à la gestion de la démarche diagnostique dans des bases de données informatiques. | ☐ Oui ☐ Non |
| L'utilisation anonymisée des données médicales et/ou d'une partie non utilisée des prélèvements dans le cadre de projets de recherche sans bénéfice direct ou son utilisation pour des études d'assurance de la qualité interne au laboratoire. | ☐ Oui ☐ Non |

Fait à ..... le .....

| IDENTITÉ DU PATIENT | IDENTITÉ DU REPRÉSENTANT LÉGAL | PRESCRIPTEUR |
|---|---|---|
| **Nom :** <br> **Prénom :** <br> **Date de naissance :** <br><br> **SIGNATURE** | **Nom :** <br> **Prénom :** <br> **Date de naissance :** <br> Lien avec le patient : ..... <br> **SIGNATURE** | **Nom :** <br> **Prénom :** <br><br> **SIGNATURE** |

*Le laboratoire Cerba est amené, en qualité de responsable du traitement, à traiter vos données personnelles renseignées dans le présent formulaire. Nous traitons ces données pour les finalités suivantes : réalisation des analyses, interprétation et transmission des résultats, gestion administrative du laboratoire, fins scientifiques ou de contrôle et le cas échéant, anonymisation des données. Pour exercer vos droits, vous pouvez contacter notre référent à la protection des données (RPD) en écrivant à :* rpd.cerba@lab-cerba.com */ CERBA – RPD – Parc d'activités Les Béthunes –7/11 Rue de l'Equerre – 95 310 Saint-Ouen-l'Aumône. Pour en savoir plus sur la gestion de vos données personnelles, rendez-vous sur le site* www.lab-cerba.com, *onglet « Données Personnelles»*