IPP/NIP : .....

NOM : .....

Prénom : .....

DDN : ...../...../..... Sexe : H / F

ETIQUETTE SERVICE
Code hôpital UH-PDT

PRESCRIPTEUR

Nom : .....

Prénom : .....

RPPS (obligatoire) : .....

PRELEVEUR

Nom : .....

Prénom : .....

Tel : .....

APHP.Sorbonne Université - DMU BIOGEM Pr R. LEVY - Site Saint Antoine
LABORATOIRE COMMUN DE BIOLOGIE ET GENETIQUE MOLECULAIRES
Dr Pierre HIRSCH

Etiquette Laboratoire

Date de Prélèvement ☐☐ ☐☐ ☐☐ Heure de prélèvement ☐☐ ☐☐

AP-HP. Sorbonne Université

BIOLOGIE MOLECULAIRE – IMMUNO-ALLERGOLOGIE

Hôpital St-Antoine, 184 Rue du Faubourg Saint-Antoine, 75012 Paris
Bât. Robert André, 8° étage – Réception du LCBGM

Réception : 01 49 28 20 00 poste 84130 du lundi au vendredi 9h30/15h00

Dr Y. CHANTRAN (yannick.chantran@aphp.fr), Immunologie Biologique – Secrétariat : 01 49 28 22 07 – Fax : 01 49 28 22 06
Dr P. HIRSCH (pierre.hirsch@aphp.fr), Service d'Hématologie Biologique – Secrétariat : 01 49 28 22 72 – Fax : 01 49 28 30 46

CEREMAST
Centre constitutif Sorbonne Université

Hyper-α-Tryptasémie héréditaire (HαT) ☐ Sang — ***Tube EDTA K2 ou K3 (bch violet) : 7 mL***

Remplir et joindre le formulaire de consentement (Parties A + B) — Transport : Température ambiante

Détection & quantification *KIT* D816V
☐ Sang — ***Tube EDTA K2 ou K3 (bch violet) : 7 mL***
☐ Moelle — ***Tube EDTA K2 ou K3 (bch violet) : 2 mL***
☐ Autre (préciser) : ……

Remplir et joindre le formulaire de consentement (Partie B) — Transport : Température ambiante

RENSEIGNEMENTS CLINIQUES OBLIGATOIRES

- **Hémopathie sous-jacente**
  - ☐ Absence d'argument en faveur d'une hémopathie
  - ☐ Mastocytose cutanée
  - ☐ MIS (*Mastocytosis In the Skin*)
  - ☐ Suspicion de mastocytose systémique
  - ☐ Mastocytose systémique agressive
  - ☐ Mastocytose systémique indolente
  - ☐ Autre hémopathie (précisez) :
  - ☐ SAMA clonal (Syndrome d'activation mastocytaire)
  - ☐ SAMA secondaire
  - ☐ SAMA idiopathique

- **Antécédents d'activation mastocytaire**
  1. **Tableau clinique :**

     dont anaphylaxie(s) (oui/non) :
     sévérité (grade Ring/Messmer):
     facteur déclenchant :

  2. **Marqueurs biologiques**
     tryptase basale :
     tryptase aigüe (30 min – 3h) :
     autre marqueur (préciser) :

- **Autres éléments cliniques :**

- **Traitement actuel :**

  amélioration sous traitement (oui/non) :

Etiquette Scanner

Etiquette GENNO

Cachet du service demandeur

FORMULAIRES D'INFORMATION ET DE CONSENTEMENT POUR ETUDES GENETIQUES

Laboratoire exécutant

APHP.Sorbonne Université - DMU BIOGEM
Site Saint Antoine
LABORATOIRE COMMUN DE BIOLOGIE ET GENETIQUE MOLECULAIRES
Dr Pierre HIRSCH

Je soussigné(e) :

- **Adulte** - Nom : ……. Prénom : ……..…. Date de naissance : _ _ / _ _ / _ _ _ _

Ou agissant en qualité de parent / représentant légal de l'enfant mineur

- **Enfant** - Nom : ……. Prénom : ……..…. Date de naissance : _ _ / _ _ / _ _ _ _

PARTIE A

FORMULAIRE DE CONSENTEMENT POUR ETUDE DE GENETIQUE CONSTITUTIONNELLE

Cette dernière concerne l'étude des maladies héréditaires, c'est à dire celles qui sont transmises de générationen génération et pour lesquelles des anomalies du programme génétique sont présentes dès la conception, oules maladies pour lesquelles il peut y avoir une susceptibilité familiale transmissible à la descendance. [Établi en 3 exemplaires : le 1er remis à l'intéressé(e) - le 2ème reste dans le dossier du patient -le 3ème est envoyé au laboratoire avec le prélèvement]

- **Certifie avoir été pleinement informé(e)**

Par le Dr /Pr (1) : Nom : ……..…. Prénom : ……..…….

Adresse : ……..……..……..……..…….

RPPS : ……..

1°- des raisons et des conditions de l'étude génétique me concernant ou concernant mon enfant mineur.
2°- du caractère strictement confidentiel des résultats qui seront obtenus.
3°- que ces examens, se limiteront à l'étude d'une variation génétique d'un gène ayant un rôle dans la maladie suivante:……..…
4°- que cette étude peut entrer dans le cadre d'une étude familiale, en dehors de tout contexte de maladie.
5°- que ces examens seront réalisés par un laboratoire spécialisé et agréé.
6°- que je pourrais avoir connaissance par le médecin prescripteur, des résultats ainsi que toute information confidentielle me concernant ou concernant mon enfant mineur.
7°- que les données nominatives me concernant peuve nt faire l'objet d'un traitement automatisé. Le droit d'accès et de rectification prévu par la Loi Informatique et Libertés s'exerce à tout moment auprès du Directeur des Affaires Générales de l'hôpital où le prélèvement a été effectué. L'accès aux informations de nature médicale peut être direct ou par l'intermédiaire du médecin de mon choix.

- **Donne mon accord pour l'enregistrement des données médicales nécessaires à ces examens.**
- **Accepte que les prélèvements réalisés puissent être utilisés pour ces examens.**

PARTIE B

FORMULAIRE D'INFORMATION ET DE CONSENTEMENT POUR LA CONSERVATION ET L'UTILISATION DES ECHANTILLONS PRELEVES LORS DU SOIN POUR LA RECHERCHE SCIENTIFIQUE AVEC EXAMEN DES CARACTERISTIQUES GENETIQUES CONSTITUTIONNELLES

Nous avons réalisé, (ou nous allons réaliser), des prélèvements sanguins et éventuellement médullaires ou d'autres tissus pour le diagnostic et le suivi de votre maladie. Si le prélèvement n'a pas été utilisé en totalité pour établir le diagnostic, il sera conservé pour une éventuelle utilisation ultérieure dans le cadre de votre traitement. Une autre partie pourra, sauf opposition de votre part, être utilisée pour la recherche médicale, dans le respect de la confidentialité. Nous envisageons des recherches sur les hémopathies et les maladies allergiques, qui vont nécessiter un examen de vos caractéristiques génétiques.

Pour ces recherches, votre accord est nécessaire. Vous pouvez l'exprimer ci-dessous :

Je donne mon accord : ☐ oui ☐ non

Cet accord est révocable à tout moment par envoi d'un courriel à : yannick.chantran@aphp.fr

Le lieu de conservation : **Biothèque du Laboratoire Commun de Biologie & Génétique Moléculaires, Bât. Robert André, 8e étage, Hôpital Saint Antoine, 184, rue du Faubourg Saint Antoine, 75571 Paris cedex 12**.

Si vous avez des questions, vous pouvez vous adresser à votre médecin référent.

Fait à :…….. le :……..

Signature du patient adulte
ou du parent représentant légal de l'enfant mineur:

Nom et signature du médecin prescripteur :

- L'étude génétique des caractéristiques d'une personne ne peut être entreprise qu'à des fins médicales ou de recherche scientifique (Art.16-10, loi n° 94-653 du 29 Juillet 1994).
- Conformément à la loi (Art. 16-1 et 16-6 du code civil), ce prélèvement ne pourra être cédé à titre commercial, ni donner lieu à une rémunération à votre bénéfice. Il pourra être utilisé pour des recherches effectuées en partenariat avec un ou plusieurs organismes publics ou privés.
- Les données nominatives et médicales associées au prélèvement seront réunies sur un fichier informatique qui a été soumis à la CNIL (Commission Nationale Informatique et Libertés). Vous disposez à leur égard d'un droit d'accès, de rectification et d'opposition, conformément à la loi Informatique et libertés (Art. 36, 40 et 40-4, loi n° 78-17 du 6 janvier 1978).
- Les informations portées sur ce document sont confidentielles et couvertes par le secret médical. A aucun moment, les données personnelles qui y figurent n'apparaîtront lors de la publication des résultats des travaux de recherches.