FONDATION MOHAMMED VI DES SCIENCES ET DE LA SANTÉ

HUB DE MÉDECINE DE PRÉCISION

Tél : +212 700055043
Email : contact.hub@hmp.ma

FICHE DE PRESCRIPTION MÉDICALE
ANALYSE CHROMOSOMIQUE SUR PUCE À ADN (ACPA)

PRÉLÈVEMENT

Type de prélèvement :	☐ **Sang périphérique EDTA 2 tubes (3 à 5 mL chacun)** ☐ Autre : _____
Date de prélèvement :	____ / ____ / _____ Heure : ____ h ____
N° dossier :	N |___|___|___|___|___|___| / |___|

PATIENT(E)	PRESCRIPTEUR
NOM et PRÉNOM : _____ _____	
Date de naissance : ____ / ____ / _____	
Sexe : ☐ **M** ☐ **F**	
Origine ethnique :	**Tél. / E-mail :**

TEST DEMANDÉ

☐ **Analyse Chromosomique sur Puce à ADN (ACPA) analyse pangénomique des CNV**
Détection des gains et pertes de matériel génétique sur l'ensemble du génome ; les anomalies identifiées sont interprétées selon leur taille, leur contenu génique et leur pertinence clinique.

INDICATION

☐ Déficience intellectuelle / retard de développement	☐ Malformations congénitales
☐ Trouble du spectre autistique (TSA)	☐ Épilepsie d'origine indéterminée
☐ Anomalie fœtale à l'échographie	☐ Dysmorphie faciale évocatrice
☐ Précision d'une anomalie détectée en cytogénétique conventionnelle	☐ Antécédent familial d'anomalie chromosomique
☐ Autre, préciser : _____	

Délai indicatif :	3 à 4 semaines (hors délai pré-analytique)

Cachet du laboratoire préleveur / Établissement :	

PROCÉDURE PREANALYTIQUE À RESPECTER

PRELEVEMENT

- Sang total EDTA (3 à 5 ml). Ne pas centrifuger. Ne pas congeler
- Conservation à température ambiante
- Les prélèvements peuvent être effectués du lundi au samedi et doivent nous parvenir le plus rapidement possible

ADMINISTRATIF

Joindre au prélèvement :
1) La fiche de renseignements cliniques dûment complétée.
2) La prescription médicale.
3) le consentement éclairé du Patient ou tuteur.

EN CAS DE PRISE EN CHARGE

La PRISE EN CHARGE ne sera effectuée que si les pièces suivantes sont jointes :
- l'original de la prescription médicale
- le consentement éclairé du Patient ou tuteur.

Contact :

HUB DE MEDECINE DE PRECISION contact.hub@hmp.ma

FONDATION MOHAMMED VI
DES SCIENCES ET DE LA SANTÉ

HUB DE MÉDECINE
DE PRÉCISION

Formulaire de consentement éclairé – Test Génétique

Je soussigné(e) (nom, prénom) _____, ou tuteur/représentant légal de _____, né(e) le _____,

J'ai compris qu'une analyse génétique m'est proposée à partir d'un prélèvement biologique (sanguin ou autre nature selon les indications médicales). Cette analyse vise à identifier toute anomalie génétique pouvant être en lien avec la maladie ou le contexte clinique. Ce prélèvement biologique ne pourra pas être utilisé à d'autres fins sans mon consentement.

J'ai eu la possibilité de poser toutes les questions que je souhaitais. J'ai bien compris les implications possibles de ce test génétique, y compris la possibilité de découvrir des résultats non liés directement à l'indication initiale du test.

Les résultats de cette analyse me seront transmis au cours d'une consultation avec le médecin prescripteur. Ils resteront strictement confidentiels et ne pourront être communiqués qu'au(x) médecin(s) que je désignerai.

En signant ce formulaire, j'accepte (cochez les cases) :

☐ que mon prélèvement soit conservé en biobanque ;

☐ que mes données génétiques pseudonymisées soient utilisées pour le développement, la validation et l'amélioration des tests, ou à des fins de formation et de recherche scientifique ;

☐ que mes données soient réanalysées dans le cadre de la reclassification continue des variantes à la lumière des nouvelles connaissances médicales et scientifiques ;

☐ de recevoir les résultats secondaires (c'est-à-dire des informations génétiques médicalement exploitables sans lien direct avec la maladie concernée) ;

☐ que mes résultats soient utilisés pour faciliter la réalisation de tests génétiques chez les membres de ma famille qui en feraient la demande.

Je comprends que je peux, à tout moment, décider de ne pas poursuivre cette démarche. Les données génétiques et le matériel biologique me concernant pourront être détruits à ma demande écrite adressée au médecin désigné ci-dessus. Cette décision n'aura aucune conséquence sur ma prise en charge médicale.

Fait à: _____ Le : _____

Signature du patient (ou tuteur) Signature du Médecin