

FORMULAIRE DEMANDE D'ANALYSE GÉNÉTIQUE PRÉNATALE

version 2/20251001

Print Form

étiquette
échantillon
du fœtus

étiquette
échantillon
de la mère

étiquette
échantillon
du père



Universitair Ziekenhuis Brussel



BELAC 141-MED accrédité selon la norme de qualité ISO15189

CENTRE DE GÉNÉTIQUE MÉDICALE
UZ Brussel

Laarbeeklaan 101 - 1090 Brussel
email: cmg.laboratory@uzbrussel.be

<https://www.uzbrussel.be/web/genetics/>

Identification de la mère *

* Données obligatoires

Nom: _____
Prénom: _____
Date de naissance: _____
Adresse résidentielle: _____
Adresse facturation: _____
Adresse email: _____
Téléphone: _____
Numéro NISS: _____
Origine ethnique: _____

Identification du père *

Nom: _____
Prénom: _____
Date de naissance: _____
Adresse résidentielle: _____
Adresse facturation: _____
Adresse email: _____
Téléphone: _____
Numéro NISS: _____
Origine ethnique: _____

Identification du fœtus

Nom: _____
Prénom: _____
Date de naissance: _____
Numéro NISS: _____

Identification médecin prescripteur *

Nom: _____
Prénom: _____
Service prescripteur: _____
Adresse: _____
Adresse email: _____
Téléphone: _____
Numéro d'INAMI: _____
Signature*: _____

Type de prélèvement du fœtus

☐ CV ☐ Biopsie de trophoblaste
☐ AC ☐ Liquide amniotique
☐ NS ☐ Sang de cordon
☐ FB ☐ Biopsie curétagé Spécifiez: _____
☐ ADN Spécifiez: _____
☐ Stockage Spécifiez: _____
Date de prélèvement: _____

Type de prélèvement de la mère

☐ E ☐ Sang EDTA 4ml Date de prélèvement: _____ ☐ ADN

Type de prélèvement du père

☐ E ☐ Sang EDTA 4ml Date de prélèvement: _____ ☐ ADN

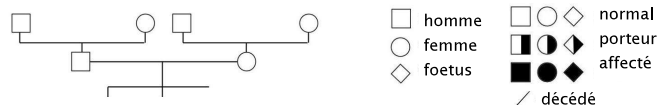
Données de la grossesse *

Semaines de grossesse: _____ semaines _____ years
☐ Spontanée ☐ FIV ☐ ICSI ☐ DPI ☐ Don de sperm ☐ Don d'ovocytes
G: _____ P: _____ A: _____ ☐ Fausses couches ☐ TOP ☐ Extra utérine ☐ Mola
Nombre de fœtus ☐ 1 ☐ 2 ☐ vanishing twin
Chronicité ☐ DC/DA ☐ MC/DA ☐ MC/MA

Indication *

☐ Anomalie(s) à l'échographie Spécifiez: _____
☐ TPNI anormal Spécifiez: _____
☐ Risque de trisomie Spécifiez: _____
☐ Fausses couches à répétition N°: _____ Spécifiez: _____
☐ Antécédents d'anomalies génétiques
☐ grossesse précédente ☐ Mère ☐ Père ☐ Famille ☐ Consanguinité Spécifiez: _____
Données cliniques ☐ rapport cliniques obligatoire Anomalies génétique familiales ☐ rapport génétique obligatoire

☐ Préréduction ☐ CMV / toxoplasmose seroconversion ☐ HLA-compatibilité ☐ Psychosocial ☐ Autres Spécifiez: _____



Test génétique

Sample fœtus	Sample parent(s)	Test prénatal **	FB 1-12 semaines / ***: information détaillée http://www.brightcore.be/gene-panels	Délai
CV AC FB NS	E	☐ Analyse chromosomique ☐ QF-PCR (chr X,Y,13,18,21) & CGH-array ☐ FISH: _____	**5-10 jours ouvrables	
CV AC FB	E	☐ Malformation(s) congénitale(s)/MAC ☐ panel de gènes*** ☐ ciblé: _____	2-6 months	
CV AC FB NS	E	☐ Test de mutation ciblé (monogénique) Spécifiez: _____	10 jours ouvrables	

Nous nous engageons à effectuer les analyses dans les délais fixés. Dans des situations exceptionnelles, nous pouvons nous dévier des délais standard.



Centre de génétique médicale - UZ Brussel

Laarbeeklaan 101 - 1090 Bruxelles

cmg.laboratory@uzbrussel.be

D01-F

CONSENTEMENT ÉCLAIRÉ POUR L'ANALYSE ET LA RECHERCHE GÉNÉTIQUES

IDENTIFICATIE PATIËNT (* verplicht)

[Sticker ID patiënt]

I. AUTORISATION POUR :

J'accepte qu'un test génétique diagnostique soit effectué sur un échantillon de sang ou d'autres échantillons pour l'affection suivante :

.....

(cochez la case correspondant à votre choix)

- ☐ Analyse génétique LIMITÉE ou analyse ciblée du/des gène(s)
- ☐ Analyse génétique étendue ou analyse génomique non ciblée

Une analyse génétique de grande envergure pourrait conduire à la découverte fortuite et/ou secondaire de résultats génétiques sans rapport avec l'affection pour laquelle l'analyse a été effectuée à l'origine (comme un risque de cancer, de maladie cardiaque, ou d'autres affections pour lesquelles il existe une prévention, un suivi ou un traitement appropriés).

Je me rends compte qu'un tel diagnostic peut avoir des conséquences pour ma famille et pour moi-même.

- ☐ Je ne souhaite pas être informé(e) de tels résultats génétiques fortuits et/ou secondaires.

II. DROIT DE MODIFIER L'AUTORISATION

J'ai le droit de retirer mon consentement à tout moment*. Le retrait de mon consentement sera consigné par écrit et ajouté à mon dossier médical. Le prestataire de soins m'informera des conséquences éventuelles du retrait de mon consentement sur la suite de mon traitement médical.

*La modification ne s'applique toutefois pas aux données et/ou résultats déjà collectés avant ma demande de retrait de mon consentement.

III. CONSERVATION ET ÉCHANGE DE DONNÉES/échantillons pour le DIAGNOSTIC et la recherche SCIENTIFIQUE

Je comprends cela :

- mes données médicales et mes échantillons génétiques sont cryptés (méthode de sécurité) afin qu'ils puissent être utilisés pour des recherches diagnostiques et/ou scientifiques approuvées par le comité d'éthique.
- l'échange de données médicales et génétiques codées entre experts est important pour améliorer les connaissances (générales) sur les troubles génétiques et/ou le développement de tests. Cela pourrait conduire à :
 - un meilleur diagnostic pour moi-même et/ou pour les autres,
 - l'amélioration des soins de santé et des ressources thérapeutiques,
 - une meilleure prévention.

En outre, les résultats peuvent être publiés dans des revues scientifiques ou présentés lors de réunions scientifiques.

- mes données peuvent être analysées à nouveau et plus largement (réanalyse) dans le cadre de diagnostics améliorés et de projets de recherche approuvés, sans que je doive en être informé au préalable. Veuillez noter qu'aucune réanalyse systématique des données n'a lieu actuellement.

IV. COÛTS de l'analyse génétique diagnostique

Si mon assurance maladie ne couvre pas le coût des tests génétiques, je suis tenu(e) d'en assumer moi-même le coût.

V. Participation VOLONTAIRE

Ma participation est entièrement libre et ne me procure aucun avantage financier.

REMARQUES



Centre de génétique médicale - UZ Brussel

Laarbeeklaan 101 - 1090 Bruxelles

cmg.laboratory@uzbrussel.be

À compléter par le PATIENT ou son REPRÉSENTANT :

- Je confirme que j'ai été correctement informé(e) des objectifs et de la nature de l'analyse liée à ma condition.
- J'ai reçu les informations nécessaires de la part du prestataire de soins de santé et/ou j'ai reçu, lu et compris la notice d'information qui l'accompagne.
- J'ai eu le temps et la possibilité de poser des questions et je suis satisfait des réponses et des explications fournies.

Je donne ce consentement en connaissance de cause, en toute connaissance de cause et en toute liberté.

Date :

Signature :

*S'il est représentatif :

Lien avec le patient :

(Prénom et nom de famille) :

A remplir par le professionnel:

Je confirme par la présente que j'ai informé le patient/représentant signé et que j'ai répondu aux questions de la meilleure façon possible concernant les résultats possibles, les limites et les options du test génétique susmentionné.

Date :

Signature : [Cachet du prestataire de soins de santé].

Notes sur la conservation et l'utilisation des données médicales (personnelles) et du matériel corporel

Après un test génétique dans le cadre de votre diagnostic, il reste souvent du matériel (matériel résiduel). Ce matériel peut être conservé en vue d'une éventuelle utilisation ultérieure. Les utilisations possibles sont expliquées ci-dessous :

- **Test de diagnostic - nouveau test de diagnostic** : votre matériel stocké peut être réutilisé ultérieurement pour rechercher la cause génétique d'une maladie chez vous ou dans votre famille. Vos données seront cryptées pour protéger votre vie privée. Si une découverte importante est faite pour vous et votre santé, vous *pouvez en être* informé par l'intermédiaire de votre médecin traitant. Cette découverte devra alors être confirmée chez vous par un test indépendant.
- **Recherche scientifique** : le matériel peut également être utilisé pour la recherche scientifique, par exemple pour développer de nouvelles connaissances sur les maladies génétiques. Cela peut s'avérer important pour le traitement à long terme d'autres patients. Souvent, les résultats ne sont pas communiqués immédiatement.
- **Recherche génétique générale** : le matériel peut contribuer à une recherche scientifique plus large qui aide d'autres personnes, par exemple en développant de nouveaux traitements ou en testant de nouveaux dispositifs de diagnostic en laboratoire. Votre matériel peut servir de matériel de contrôle dans la recherche générale, sans s'appliquer directement à vous en tant qu'individu. Cela peut aider à comparer les données génétiques de patients et d'individus sains.
- **Nouvelles questions génétiques (de votre part ou de celle de vos proches)** : Si de nouvelles questions se posent sur l'hérédité des maladies, le matériel peut être réutilisé pour la recherche génétique.

En conclusion

Nous espérons que ces explications vous aideront à prendre une décision éclairée concernant la conservation et l'utilisation de votre matériel corporel. Pour plus d'informations, veuillez contacter le Centre de génétique médicale de l'UZ Brussel à l'adresse suivant:

<https://www.uzbrussel.be/fr/web/centrum-voor-medische-genetica>

Pour plus d'informations sur la protection de la vie privée, veuillez consulter: <https://www.uzbrussel.be/fr/web/neem-zelf-uw-zorg-in-handen/droits-des-patients>