

Test request form

Constitutional molecular genetics

INTERNATIONAL DIVISION

Tel.: +33 (0)4 72 80 23 85 • Fax: +33 (0)4 72 80 73 56
E-mail: international@biomnis.com

Customer number: _____

Date : _____
EDTA whole blood sample

PRESCRIBING CLINICIAN

First name(s): Surname :
Address:
Post code: _____ City : Country:
Tel.: _____ Fax: _____

**Laboratory's stamp
or bar code sticker**

PATIENT

First name(s): Surname :
Date of birth* : _____ Gender: F M
Address:
Post code: _____ City:
Country: Tel.: _____
Geographical origin** : Europe/North Africa Sub-Saharan Africa and the Caribbean
 Asia Other (e.g. mixed-race):

* If the patient is a minor, consent must be given by the holders of parental authority.
** This information is essential only for the tests marked [1] below.

**CONSENT PRIOR TO THE
CARRYING OUT OF GENETIC
EXAMINATIONS OF AN INDIVIDUAL**

(Pursuant to articles R. 1131-4 and R. 1131-5 of the French Public Health Code).
I, the undersigned
born on _____ hereby
declare that I had a consultation with Dr:

where information on the genetic tests to be performed for the reasons listed below was provided:

- To confirm or otherwise the diagnosis of a genetic disease in relation to my symptoms,
- To confirm or otherwise the pre-symptomatic diagnosis of a genetic disease,
- To identify the healthy carrier status of an individual (heterozygote screen or chromosomal rearrangement),
- To assess my genetic susceptibility of being afflicted with a genetic disease or undertaking a medical treatment.

- As such, I consent to:
- sample(s) being collected from me.
 - sample(s) being collected from my child (for minors) or an adult under guardianship.
 - sample(s) being collected from my foetus.

I have been informed that the results of these genetic tests will be communicated to me by the aforementioned Doctor during an individual consultation. If the exam reveals any results other than those specified on the original request, the aforementioned Doctor will determine the appropriate steps to be taken during the individual consultation.

Should any of the sample remain unused following examination:

- I consent to this sample being used, if needs be, for scientific research purposes. In this case, all personal medical data will be protected by it being made totally anonymous. Consequently, I am conscious that the scientific studies performed will not provide me with any advantage or prejudice.

Signed in (city)
on _____

Patient's signature, signature of the holders of the parental authority of the child or the guardian of the adult under guardianship:

CLINICAL SIGNS

SAMPLE TYPE - This section must be completed

EDTA whole blood Other - please specify :

MOLECULAR GENETICS TEST REQUEST FORM

INDICATIONS: This information must be provided (Biomnis group code)

- ABCB1 (identification of variants rs2032583 et rs2235015) (ABCB1) ←
- Alpha 1-antitrypsin (S and Z variants) (A1BM)
- Angelman syndrome (Postnatal: SNRPS / Prenatal : SNRPL)
- Uniparental disomy (DUPRE)
- Factor II (mutation g.20210G>A) (F2M)
- Factor V Leiden (mutation p.Arg506Glu) (F5L)
- Familial Mediterranean Fever (FMF) or periodic disease (by New Generation Sequencing method)^[1] (FMF) : please attach the completed clinical information form which is available on www.eurofins-biomnis.com
- IL-28B genotyping (IL28B)
- RHD genotyping (BMGR1)
- Gilbert syndrome (polymorphism UGT1A1*28) (GILB)
- Haemochromatosis: mutation p.Cys282Tyr (HMC)
- Haemochromatosis: mutation p.His63Asp (H63D)
- Haemochromatosis: mutation p.Ser65Cys (S65C)
- HLA class I (loci A, B)^[1] (HLA1) : A*29 B*27 B*51 B*57
- HLA classe II (loci DQ, DR)^[1] (HLA2) : DR4 DQ2 DQ8 DQB1*0602
- HLA-B*27^[1] (B27)
- Lactose intolerance (LCT)
- Y chromosome microdeletions (loci AZFa, AZFb and AZFc) (DELY)
- MTHFR (Methylene Tetrahydrofolate Reductase - thermolabile variant, mutation c.677C>T) (MTHFR)
- Cystic fibrosis (CFTR, screening of most frequent mutations)^[1] (MUCO) : specific request form required, please see www.eurofins-biomnis.com
- Cystic fibrosis, whole gene - next generation sequencing^[1] (MUCON) : specific request form required, please see www.eurofins-biomnis.com
- Prader-Willi syndrome (Postnatal: SNRPS / Prenatal: SNRPL)
- Fragile X syndrome (Postnatal: XFRA / Prenatal: XFRAP)
- Other - please specify:

[1] The geographical origin of the patient must be specified for these tests-of "Patient" section

**DECLARATION OF MEDICAL
CONSULTATION**

(French Decree n° 2008-321 dated 4 April 2008 - French Decree dated 27 May 2013).

I, the undersigned
R.1131-5 of the French Public Health Code, hereby certify that the patient mentioned above was received for a consultation today where information on the characteristics of the disease to be screened, the methods used to detect it and details on the possibilities of prevention and treatment were provided.

Signed in (city)
on _____

Physician's signature:

INTERNATIONAL DIVISION

Tel.: +33 (0)4 72 80 23 85 • Fax: +33 (0)4 72 80 73 56
E-mail: international@biomnis.com

Număr client:

Data :
Probă - sânge total EDTA

Ștampila laborator
sau ID cod de bare

MEDIC PRESCRIPTOR

Prenume: Nume :
Adresa:
Cod poștal: Oraș: Țară:
Tel.: Fax:

PACIENT

Prenume: Nume :
Data de naștere* Sex: F M
Adresa:
Cod poștal: Oraș:
Țară: Tel.:
Originea geografică** : Europa/Africa de Nord Africa Sub-Sahariană și Caraibe
 Asia Alta (de ex. rasă mixtă):

* Dacă pacientul este minor, consimțământul trebuie semnat de către tutore.

** Această informație este esențială pentru analizele de mai jos marcate cu [1]

SIMPTOMATOLOGIE CLINICĂ

TIP PROBĂ - Această secțiune trebuie completată

Sânge total EDTA Alta - vă rog, specificați:

ANALIZE - GENETICĂ MOLECULARĂ

INDICAȚII: Această informație trebuie furnizată (Cod Biomnis)

- ABCB1 (identification of variants rs2032583 et rs2235015) (ABCB1) ↓
- Alpha 1-antitrypsin (S and Z variants) (A1BM)
- Angelman syndrome (Postnatal: SNRPS / Prenatal : SNRPL)
- Uniparental disomy (DUPRE)
- Factor II (mutation g.20210G>A) (F2M)
- Factor V Leiden (mutation p.Arg506Glu) (F5L)
- Familial Mediterranean Fever (FMF) or periodic disease
(by New Generation Sequencing method)^[1] (FMF) : please attach the completed clinical information form which is available on www.eurofins-biomnis.com
- IL-28B genotyping (IL28B)
- RHD genotyping (BMGR1)
- Sindrom Gilbert - screening pentru polimorfismul UGT1A1*28 (rs8175347) (GILB)
- Hemocromatoza ereditara - detectia mutatiei C282Y la nivelul genei HFE (HMC)
- Hemocromatoza ereditara - detectia mutatiei H63D la nivelul genei HFE (H63D)
- Hemocromatoza ereditara - detectia mutatiei S65C la nivelul genei HFE (S65C)
- HLA clasa I (locus A, B)^[1] (HLA1) : A*29 B*27 B*51 B*57
- HLA clasa II (locus DQ, DR)^[1] (HLA2) : DR4 DQ2 DQ8 DQB1*0602
- HLA-B*27^[1] (B27)
- Lactose intolerance (LCT)
- Y chromosome microdeletions (loci AZFa, AZFb and AZFc) (DELY)
- MTHFR (Methylene Tetrahydrofolate Reductase - thermolabile variant, mutation c.677C>T) (MTHFR)
- Cystic fibrosis (CFTR, screening of most frequent mutations)^[1] (MUCO) :
specific request form required, please see www.eurofins-biomnis.com
- Cystic fibrosis, whole gene - next generation sequencing^[1] (MUCON) :
specific request form required, please see www.eurofins-biomnis.com
- Prader-Willi syndrome (Postnatal: SNRPS / Prenatal: SNRPL)
- Fragile X syndrome (Postnatal: XFRA / Prenatal: XFRAP)
- Alta - vă rog, specificați:

[1] Trebuie specificată originea geografică a pacientului în secțiunea "Informații pacient"

Consilierea genetică se realizează înainte de efectuarea testelor genetice.

(În conformitate cu art. R.1131-4 și R.1131-5 din Codul francez de sănătate publică).

Subsemnatul.....
data nașterii prin prezenta, declar că am fost consultat de Dr:

și mi-au fost furnizate informații despre testele genetice ce trebuie efectuate din motivele enumerate mai jos

- Pentru a confirma sau a infirma un diagnostic al unei boli genetice în raport cu simptomele
- Pentru a confirma sau a infirma un pre-diagnostic al unei boli genetice
- Pentru a identifica statutul de purtător sănătos (heterozigot sau rearanjamente cromozomiale)
- Pentru a evalua predispoziția mea genetică de a fi afectat de o boală genetică sau de a face un tratament medical.

► De asemenea, consimt pentru:

- să-mi fie recoltate probe.
- să-i fie prelevate probe copilului meu (dacă este minor sau dacă este un adult sub tutelă)
- să-i fie recoltate probe fătului meu.

Am fost informat (ă) că rezultatele acestor teste genetice îmi vor fi comunicate de către doctorul menționat mai sus, în timpul unei consultații individuale. Dacă testul relevă alte rezultate decât cele specificate la cererea inițială, medicul menționat va stabili măsurile corespunzătoare care trebuie luate în timpul consultării individuale.

► În cazul probelor rămase după finalizarea testului:

- Consimt ca proba rămasă să fie utilizată, dacă este necesar, în scopuri de cercetare științifică. În acest caz, toate datele medicale personale vor fi protejate, făcându-se complet anonime. În consecință, sunt conștient că studiile științifice efectuate nu îmi vor oferi niciun avantaj sau prejudiciu.

Semnat în (oraș)
on

Semnătura pacientului, semnătura tutorelui copilului minor sau a tutorelui adultului sub tutela:

DECLARAȚIE DESPRE CONSULTUL MEDICAL

Decretul francez nr. 2008-321 din 4 aprilie 2008 - Decretul francez din 27 mai 2013)

Subsemnatul.....
R.1131-5 din Codul francez de sănătate publică, certific prin prezenta că pacientul menționat mai sus a fost consultat și au fost furnizate informațiile privind caracteristicile bolii care urmează să fie examinate, metodele utilizate pentru detectarea acesteia și detalii privind posibilitățile de prevenire și tratament.

Semnat în (oraș)
data

Semnătura medicului: