

Test BeGECS (Belgian Genetic Extended Carrier Screening) – Partenaire biologique		
Date prescription	Cachet du médecin	Signature du médecin

PARTENAIRE BIOLOGIQUE	
Nom : ..... Prénom : ..... Naissance : ..... / ..... / ..... M/F : ....  ou étiquette	
Centre de référence FIV	
<input type="checkbox"/> Erasme <input type="checkbox"/> Autre : .....	
Origine ethnique	
Cochez une case et <b>si possible précisez le pays</b>	
<input type="checkbox"/> Europe <input type="checkbox"/> Afrique du Nord <input type="checkbox"/> Afrique Sub-saharienne <input type="checkbox"/> Ashkénaze <input type="checkbox"/> Maroc <input type="checkbox"/> Hispanique <input type="checkbox"/> Sépharade <input type="checkbox"/> Turquie <input type="checkbox"/> Finlandais <input type="checkbox"/> Asie du Sud-Est <input type="checkbox"/> Moyen-Orient <input type="checkbox"/> Autre : .....	
PAYS D'ORIGINE : .....	
<input type="checkbox"/> Préfère ne pas répondre	
<div style="background-color: #800000; color: white; padding: 10px; display: inline-block; border-radius: 15px 15px 0 0;"> <b>Signature OBLIGATOIRE en page 2</b> </div>	
<input type="checkbox"/> 1 tube EDTA <input type="checkbox"/> ADN déjà au laboratoire	

**Consentement éclairé - OBLIGATOIRE**

Présence d'un traducteur :  oui  non      Nom, Prénom du traducteur : .....

CONSENTEMENT POUR LA CLINIQUE	OUI	NON
Consentez-vous à être informés de la découverte fortuite d'autres affections médicalement utiles et actionnables?		

Espace destiné au futur consentement pour la recherche

Je comprends que : - je retiens le droit de changer mon consentement à tout moment, et ce pour les différents points détaillés ci-dessus  
 - mon retrait ne peut concerner des résultats et des informations obtenus avant la date de ma demande de retrait  
 - ma participation ne pourra en aucun cas m'apporter des avantages financiers.

**LE TEST BeGECS** étudie plus de 1600+ gènes associés à des maladies héréditaires **RECESSIVES**.  
 La brochure explicative du test BeGECS est disponible sur le site internet <http://ulbgenetics.be/>.

• **Un résultat de portage ANORMAL pour le couple donneur + partenaire biologique** signifie qu'il y a un risque plus élevé d'avoir un enfant avec l'une des maladies héréditaires testées.

- Dans le cadre d'un don dirigé: **UN CONSEIL GENETIQUE SERA NECESSAIRE**.
- Dans le cadre d'un don anonyme: Un test de compatibilité du partenaire biologique sera réalisé avec un autre donneur de gamètes (sauf si l'anomalie est située sur le chromosome X du partenaire biologique, dans ce cas **UN CONSEIL GENETIQUE SERA NECESSAIRE**).

• **Un résultat de portage NORMAL pour le couple donneur + partenaire biologique** signifie que la probabilité d'avoir un enfant avec l'une des conditions génétiques testées est très faible mais pas exclue.

**LIMITES DU TEST**

*Il existera toujours un risque d'avoir un enfant atteint d'une autre maladie héréditaire non testée ou d'une maladie qui n'est pas héréditaire. Parfois, une maladie résulte d'une combinaison de facteurs héréditaires et non héréditaires.*

*Pour les maladies testées : Seules les variations ponctuelles ou de quelques bases sont détectées. Les anomalies de nombre, les séquences répétées (triplets, homopolymères, ...) ainsi que les régions homologues ne sont pas analysables à part quelques exceptions. Seuls les variants cliniquement significatifs après interprétation médicale seront rapportés. L'analyse est effectuée pour la liste des gènes, exons et régions incluses dans le panel BeGECS au moment de la réalisation du test.*

PARTIE RESERVEE AU PATIENT (et conjoint si présent)		
J'accepte de payer la somme de <b>2x700 euros</b> pour la réalisation du test BeGECS.		
J'ai bien reçu les parties explicatives destinées au patient concernant le test BeGECS (brochure et flyer) et concernant le paiement (page 3).		
OBLIGATOIRE - A signer pour accord		
Nom	Partenaire biologique	Conjoint (si présent)
Prénom		
Date de naissance		
Date		
Signature		

PARTIE RESERVEE AU PROFESSIONNEL DE SANTE	
Je confirme avoir informé et répondu aux questions des soussignés patients, au mieux de mes capacités concernant le coût, les résultats et les limites du test BeGECS.	
A signer par le professionnel de santé	
Cachet	
Date	
Signature	

A remplir en cas de refus du test BeGECS par le partenaire biologique dans le cadre d'un don de gamètes	
Je soussigné ....., confirme avoir été informé et avoir reçu les parties explicatives destinées au patient concernant le test BeGECS (brochure et flyer). Je ne désire cependant pas réaliser le test BeGECS actuellement.	
Date :	Date :
Signature patient :	Signature professionnel de santé:

**MERCI DE DONNER UNE COPIE DU CONSENTEMENT AUX PATIENTS !**

*La présente version de ce document de consentement a été élaborée conjointement par les Centres de Génétique de Belgique. Il s'agit d'un document de prescription en phase de mise au point.*

**Demandes, consentements et documents d'information :** <http://ulbgenetics.be/documents-utiles/#prescription>  
**Respect de la vie privée :** <https://www.autoriteprotectiondonnees.be/reglement-general-sur-la-protection-des-donnees-citoyen>

## **PARTIE DESTINEE AU PATIENT**

### **Information de paiement pour le test BeGECS**

En signant la prescription pour le test BeGECS,

Vous avez accepté de payer la somme de **2x700 euros\*** pour la réalisation de ce test.

La facture sera envoyée par l'Hôpital Erasme après complétion du test, avec en libellé les mots « **test BeGECS** » dans la rubrique « **5. Frais divers** ».

Remarque : En cas de non-respect du paiement, la facture sera communiquée au service juridique pour recouvrement.

\* Un échelonnement du paiement est possible en maximum 12 mensualités,

Si les conditions suivantes sont remplies :

- Faire la demande d'échelonnement **dès la réception de la facture** au service facturation de l'Hôpital Erasme (Tel: 02/555.37.05, sauf le mercredi)
- Fournir les documents/justifications requis(es) par le service de facturation