


GENETIQUE : FŒTALE (FŒTUS + PARENTS)		
Date de prélèvement	Cachet du médecin	Copie à (nom, prénom, adresse)
 ECRIRE AU STYLO NOIR SVP	Signature du médecin	
	GSM et mail (pour contact si néc.)	

FŒTUS	
<p>Une demande par fœtus quel que soit le nombre de prélèvements Identifiant Fœtus (Identité propre ou Identité maternelle)</p> <p>Nom : _____ Prénom : _____ Naissance : ____ / ____ / ____ Sexe : <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F Rue : _____ N° _____ Bte _____ CP : _____ Commune : _____ CT1/CT2 : ____ / ____ N° mutuelle : ____ / ____ N° NISS : _____</p>	
<p>Etiquette n° de demande ERASME</p>	<p>Etiquette n° de secteur ERASME</p>
<p>Age gestationnel : ____ semaines ____ jours (ou DDR : ____ / ____ / ____)</p> <p>Statut de la grossesse : <input type="checkbox"/> Néonatal <input type="checkbox"/> poursuivie prélèvements parents indispensables <input type="checkbox"/> non poursuivie avec anomalies écho prélèvements parents indispensables <input type="checkbox"/> non poursuivie sans anomalies écho prélèvements parents conseillés</p> <p>NIPT : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Résultat NIPT : _____</p> <p>Sexe fœtal échographique : <input type="checkbox"/> Non connu <input type="checkbox"/> Féminin <input type="checkbox"/> Masculin <input type="checkbox"/> Ambigu</p> <p>Grossesse multiple : une demande par fœtus <input type="checkbox"/> Mono/mono <input type="checkbox"/> Mono/bi <input type="checkbox"/> Bi/bi <input type="checkbox"/> Multiple N° du fœtus : _____ Position du fœtus : _____ Position du placenta : _____</p> <p>Grossesse sur don : <input type="checkbox"/> don d'ovule <input type="checkbox"/> don de sperme <input type="checkbox"/> don d'embryon</p> <p>Grossesse sur DPI : <input type="checkbox"/> sans PGT-A <input type="checkbox"/> embryon CI. A <input type="checkbox"/> embryon CI. B Indication du DPI : _____</p> <p>Indications cliniques et anomalies échographiques : => A détailler obligatoirement au verso</p>	

Prélèvements	Analyses Cytogénétique	Analyses Génétique Moléculaire	Analyses Microbiologie	Analyses Chimie
FV <input type="checkbox"/> Liquide amniotique <input type="checkbox"/> <i>jaune</i> <input type="checkbox"/> <i>rosé</i> <input type="checkbox"/> <i>sanglant</i> <input type="checkbox"/> <i>brunâtre</i> <input type="checkbox"/> <i>verdâtre</i>	<input type="checkbox"/> Analyse rapide aneuploïdie 13, 18, 21, X et Y et contamination maternelle par QF-PCR <input type="checkbox"/> CGH array Analyse remplacée par un caryotype en cas d'aneuploïdie des autosomes en QF-PCR <input type="checkbox"/> _____	Exome en trio (ou duo) <input type="checkbox"/> Anomalies congénitales /!\ Consentement en page 3	Virologie <input type="checkbox"/> PCR CMV <input type="checkbox"/> PCR Toxoplasma <input type="checkbox"/> PCR Parvo B19 <input type="checkbox"/> PCR autre: _____ <input type="checkbox"/> _____ Bactériologie <input type="checkbox"/> Cult. Aérobie & anaérobie <input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> Alphafoetoprotéine <input type="checkbox"/> γ glutamyl transférase <input type="checkbox"/> Stéroïdes <input type="checkbox"/> Sodium/Chlore <input type="checkbox"/> ACHE <input type="checkbox"/> _____
FM <input type="checkbox"/> Villosités choriales <input type="checkbox"/> <i>riche</i> <input type="checkbox"/> <i>modéré</i> <input type="checkbox"/> <i>pauvre</i>		/!\ Prévenir le laboratoire <input type="checkbox"/> Achondroplasie <input type="checkbox"/> Amyotrophie Spinale <input type="checkbox"/> Beckwith-Wiedemann <input type="checkbox"/> Beta-thalassémie <input type="checkbox"/> Disomie uniparentale Chr. ____ <input type="checkbox"/> Drépanocytose <input type="checkbox"/> Huntington <input type="checkbox"/> Mucoviscidose <input type="checkbox"/> Phénylcétonurie <input type="checkbox"/> Prader-Willi/Angelman <input type="checkbox"/> X fragile		
E <input type="checkbox"/> Sang de cordon <input type="checkbox"/> <i>in utero</i> <input type="checkbox"/> <i>ex utero</i>		<input type="checkbox"/> _____	Consanguinité : <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	Lien : _____
TM <input type="checkbox"/> Pièces fœtales <input type="checkbox"/> <i>peau</i> <input type="checkbox"/> <i>cordon</i> <input type="checkbox"/> <i>autres</i>		<input type="checkbox"/> Etude placentaire post NIPT positif (expé UZVUB)		
TM <input type="checkbox"/> Embryon + annexes (FC)	<input type="checkbox"/> PGT-SR <input type="checkbox"/> PGT-M <input type="checkbox"/> PGT-A			
<input type="checkbox"/> Placenta post-partum <input type="checkbox"/> Biopsie embryonnaire				

PATIENTE
<p>Identifiant Patiente</p> <p>Nom : _____ Prénom : _____ Naissance : ____ / ____ / ____ Sexe : <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F Rue : _____ N° _____ Bte _____ CP : _____ Commune : _____ CT1/CT2 : ____ / ____ N° mutuelle : ____ / ____ N° NISS : _____</p> <p>Prélèvements : <input type="checkbox"/> Sang (TOUJOURS) <input type="checkbox"/> Sang (si anomalie caryotype)</p> <p>Portage et/ou antécédents cliniques et/ou génétiques :</p>

CONJOINT
<p>Identifiant Conjoint</p> <p>Nom : _____ Prénom : _____ Naissance : ____ / ____ / ____ Sexe : <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F Rue : _____ N° _____ Bte _____ CP : _____ Commune : _____ CT1/CT2 : ____ / ____ N° mutuelle : ____ / ____ N° NISS : _____</p> <p>Prélèvements : <input type="checkbox"/> Sang (TOUJOURS) <input type="checkbox"/> Sang (si anomalie caryotype)</p> <p>Portage et/ou antécédents cliniques et/ou génétiques :</p>

Indications Cliniques

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> NIPT positif ou non concluant à détailler au recto

<input type="checkbox"/> Anomalies échographiques à détailler ci-dessous
Diagnostic suspecté : _____

<input type="checkbox"/> Parent porteur d'une anomalie génétique
Porteur : _____
Anomalie : _____

<input type="checkbox"/> Antécédent d'une anomalie génétique parents non porteurs
Porteur : _____
Anomalie : _____

<input type="checkbox"/> Grossesse sur DPI à détailler au recto | <input type="checkbox"/> Virage sérologique maternel : _____

<input type="checkbox"/> Chorioamniotite

<input type="checkbox"/> Paternité

<input type="checkbox"/> Autre : _____

<input type="checkbox"/> Grossesse non poursuivie
<input type="checkbox"/> Fausse-couche (FC)
<input type="checkbox"/> Mort fœtale in utero (MFIU)
<input type="checkbox"/> Interruption thérapeutique de grossesse (ITG) |
|--|--|

Anomalies Morphologiques

- | | | |
|--|--|--|
| <p>Signes mineurs à l'échographie fœtale</p> <input type="checkbox"/> Intestins échogènes
<input type="checkbox"/> Humérus court décalage : _____
<input type="checkbox"/> Fémur court décalage : _____
<input type="checkbox"/> Cisterna magna élargie
<input type="checkbox"/> Absence de bulle de l'estomac
<input type="checkbox"/> Ventriculomégalie légère
<input type="checkbox"/> Clinodactylie du cinquième doigt
<input type="checkbox"/> Kystes des plexus choroides
<input type="checkbox"/> Hypoplasie de l'os nasal
<input type="checkbox"/> Pli nuchal épaissi
<input type="checkbox"/> Artère ombilicale unique
<input type="checkbox"/> Pyélectasie
<input type="checkbox"/> Spot intracardiaque échogène
<input type="checkbox"/> Autre : _____

<p>Œdème</p> <input type="checkbox"/> Clarté nucale augmentée _____ mm
<input type="checkbox"/> Hygroma kystique
<input type="checkbox"/> Hydrops fœtal
<input type="checkbox"/> Epanchement pleural
<input type="checkbox"/> Epanchement péricardique
<input type="checkbox"/> Ascite
<input type="checkbox"/> Autre : _____

<p>Anomalie du liquide amniotique</p> <input type="checkbox"/> Oligohydramnios
<input type="checkbox"/> Polyhydramnios
<input type="checkbox"/> Autre : _____

<p>Diminution des mouvements fœtaux</p> <input type="checkbox"/> Séquence d'akinésie fœtale
<input type="checkbox"/> Autre : _____

<p>Anomalie de la croissance</p> <input type="checkbox"/> RCIU décalage : _____
<input type="checkbox"/> Macrosomie
<input type="checkbox"/> Autre : _____

<p>Anomalie de la paroi abdominale</p> <input type="checkbox"/> Omphalocèle
<input type="checkbox"/> Gastroschisis
<input type="checkbox"/> Prune Belly
<input type="checkbox"/> Autre : _____

<p>Anomalie des organes abdominaux</p> <input type="checkbox"/> Atrésie de l'œsophage
<input type="checkbox"/> Atrésie intestinale
<input type="checkbox"/> Iléus méconial
<input type="checkbox"/> Hernie diaphragmatique
<input type="checkbox"/> Autre : _____ | <p>Anomalie pulmonaire</p> <input type="checkbox"/> MAKP
<input type="checkbox"/> Aplasie/hypoplasie pulmonaire
<input type="checkbox"/> Hernie diaphragmatique
<input type="checkbox"/> Autre : _____

<p>Anomalie du crâne</p> <input type="checkbox"/> Macrocéphalie DS : _____
<input type="checkbox"/> Microcéphalie DS : _____
<input type="checkbox"/> Craniosynostose
<input type="checkbox"/> Autre : _____

<p>Anomalie morpho du système nerveux central</p> <input type="checkbox"/> Encéphalocèle
<input type="checkbox"/> Anencéphalie
<input type="checkbox"/> Anomalie du corps calleux
<input type="checkbox"/> Aplasie/hypoplasie du corps calleux
<input type="checkbox"/> Corps calleux dysplasique
<input type="checkbox"/> Corps calleux épais
<input type="checkbox"/> Holoprosencéphalie
<input type="checkbox"/> Hydrocéphalie
<input type="checkbox"/> Anomalies de la migration neuronale
<input type="checkbox"/> Malformation du cervelet
<input type="checkbox"/> Malformation d'Arnold-Chiari
<input type="checkbox"/> Anomalie du vermis cérébelleux
<input type="checkbox"/> Anomalie du septum pellucidum
<input type="checkbox"/> Autre : _____

<p>Anomalie de la face</p> <input type="checkbox"/> Microrétrognathie
<input type="checkbox"/> Hypertélorisme
<input type="checkbox"/> Hypotélorisme
<input type="checkbox"/> Anophtalmie
<input type="checkbox"/> Microophtalmie
<input type="checkbox"/> Fente labiale
<input type="checkbox"/> unilatérale
<input type="checkbox"/> bilatérale
<input type="checkbox"/> médiane
<input type="checkbox"/> Fente palatine
<input type="checkbox"/> Fente faciale
<input type="checkbox"/> Bombement frontal
<input type="checkbox"/> Hypoplasie de l'étage moyen de la face
<input type="checkbox"/> Dépression de l'ensellure nasale
<input type="checkbox"/> Oreilles basses implantées
<input type="checkbox"/> Aplasie/hypoplasie de l'oreille externe
<input type="checkbox"/> Pits périauriculaires
<input type="checkbox"/> Autre : _____

<p>Anomalie génito-urinaire</p> <input type="checkbox"/> Cryptorchidie
<input type="checkbox"/> Hypospade
<input type="checkbox"/> Ambiguïté génitale
<input type="checkbox"/> Mégavessie
<input type="checkbox"/> Exstrophie vésicale
<input type="checkbox"/> Autre : _____ | <p>Anomalie rénale</p> <input type="checkbox"/> Agénésie rénale
<input type="checkbox"/> Unilatérale
<input type="checkbox"/> Bilatérale
<input type="checkbox"/> Hypoplasie rénale
<input type="checkbox"/> Unilatérale
<input type="checkbox"/> Bilatérale
<input type="checkbox"/> Reins augmentés de volume
<input type="checkbox"/> Kystes rénaux
<input type="checkbox"/> Reins hyperéchogènes
<input type="checkbox"/> Pyélectasie
<input type="checkbox"/> Autre : _____

<p>Anomalie morphologique des membres</p> <input type="checkbox"/> Os long court
<input type="checkbox"/> Tibia court décalage : _____
<input type="checkbox"/> Fémur court décalage : _____
<input type="checkbox"/> Humérus court décalage : _____
<input type="checkbox"/> Aplasie/hypoplasie os des membres supérieurs
<input type="checkbox"/> Aplasie/hypoplasie os des membres inférieurs
<input type="checkbox"/> Incurvation des os longs
<input type="checkbox"/> Anomalie des métaphyses
<input type="checkbox"/> Fracture des os longs
<input type="checkbox"/> Ectrodactylie
<input type="checkbox"/> Main botte
<input type="checkbox"/> Pied bot
<input type="checkbox"/> Polydactylie
<input type="checkbox"/> Main
<input type="checkbox"/> Pied
<input type="checkbox"/> Autre : _____

<p>Anomalie morphologique du squelette</p> <input type="checkbox"/> Fractures multiples
<input type="checkbox"/> Ostéopénie
<input type="checkbox"/> Ostéopétrose
<input type="checkbox"/> Anomalie vertébrale
<input type="checkbox"/> Anomalie costale
<input type="checkbox"/> Dysplasie squelettique
<input type="checkbox"/> Autre : _____

<p>Malformation cardiaque ou des gros vaisseaux</p> <input type="checkbox"/> CIV
<input type="checkbox"/> CIA
<input type="checkbox"/> Coarctation de l'aorte
<input type="checkbox"/> Tétralogie de Fallot
<input type="checkbox"/> Hypoplasie du cœur gauche
<input type="checkbox"/> Transposition des gros vaisseaux
<input type="checkbox"/> Tronc artériel commun
<input type="checkbox"/> Canal atrio-ventriculaire
<input type="checkbox"/> Cardiomégalie
<input type="checkbox"/> Situs inversus
<input type="checkbox"/> Autre : _____ |
|--|--|--|

Autres anomalies : _____

Consentement éclairé en vue d'une analyse génétique prénatale

COUPLE

Identifiant Patiente

Nom : _____ Prénom : _____ Naissance : ____/____/____

Identifiant Conjoint

Nom : _____ Prénom : _____ Naissance : ____/____/____

Ce consentement vaut pour : le fœtus, le fœtus et la patiente, le fœtus et le conjoint, le fœtus, la patiente et le conjoint.
Si les réponses aux questions ci-dessous sont différentes pour les membres de la famille, veuillez faire un consentement pour chaque membre.

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

Je soussigné(e) atteste avoir reçu :

Des **informations cliniques** relatives :

- aux risques pour le fœtus d'être atteint d'une affection qui pourrait être d'origine génétique,
- aux caractéristiques de cette affection et aux moyens de la diagnostiquer,
- aux conséquences, aux possibilités de traitement et à la qualité de vie si le fœtus était atteint et venait à naître.

Des **informations à propos des examens techniques** susceptibles d'établir un diagnostic prénatal dont je souhaite bénéficier :

- ces examens nécessitent une prise de sang des deux parents,
- ces examens nécessitent un prélèvement de liquide amniotique, de villosités choriales (placenta), de sang fœtal ou autre prélèvement fœtal,
- ces prélèvements comportent des risques entraînant de possibles conséquences pour le fœtus ou moi-même.
- un second prélèvement pourrait être nécessaire en cas d'échec technique.

Je comprends que **des variants de signification clinique inconnue** pourraient être mis en évidence dans l'un ou plusieurs gène(s), ne permettant pas de conclure formellement et définitivement quant à leur rôle pathogène (nécessitant de réévaluer la situation ultérieurement).

J'ai eu le temps et la possibilité de poser des questions et **je suis satisfait(e) des réponses et des explications** que j'ai reçues.

CONSENTEMENT POUR LA CLINIQUE	OUI	NON
1. Consentez-vous à être informés de la découverte fortuite d'autres affections médicalement utiles et actionnables?		
2. Consentez-vous à la ré-analyse régulière des données dans le cadre diagnostique ?		

Je comprends que **le partage des données médicales et génétiques** avec des experts/collaborateurs scientifiques (via des bases de données reconnues) est crucial pour améliorer nos connaissances sur les liens entre les variations génétiques, les mécanismes de la biologie humaine et la survenue de maladies. Je suis informé que ce partage et l'évaluation par des experts peut conduire à un meilleur diagnostic pour moi-même ou d'autres personnes, de meilleurs soins de santé en général et à l'amélioration de la prévention et des moyens thérapeutiques. Je comprends que le partage des données et recherches est toujours entrepris de manière pseudonymisée conformément au cadre réglementaire et légal belge, européen, et aux conventions internationales.*

Je comprends que **je retiens le droit de changer ou retirer mes consentements à la recherche à tout moment**. Le retrait de mes différents consentements sera sans conséquence négative sur la réalisation du test sélectionné ci-dessus, ni sur la prise en charge médicale non-génétique du fœtus ou du patient concerné par ce consentement, mais modifiera éventuellement les informations génétiques qui auraient pu être transmises ultérieurement à la date de mon changement. Je comprends que mon retrait ne peut concerner des résultats et des informations obtenus et/ou transmis avant la date de ma demande de retrait.

Je comprends que ma participation à la recherche est bénévole et ne pourra en aucun cas m'apporter des avantages financiers.

CONSENTEMENT POUR LA RECHERCHE	OUI	NON
3. Consentez-vous à la conservation dans la biobanque GenB3 des ADN/ARN/tissu prélevés ?		
4. Consentez-vous à la ré-analyse et au partage des données dans un cadre recherche et à la publication éventuelle de résultats ?		

Le coût des analyses génétiques est pris en charge par l'INAMI dans la plupart des situations. Si vous n'êtes pas couvert par une mutuelle, une assurance, un service social ou une association officiellement reconnue acceptant de couvrir les frais, ceux-ci (pouvant aller jusqu'à environ 1700 euros par personne selon l'analyse) vous seront, par défaut, imputés. **Il est donc très important**, avant tout test génétique, de vérifier avec votre médecin/généraliste prescripteur que les tests sont cliniquement justifiés et représentent une charge financière minimale ou acceptable pour vous.

	A remplir par le couple			A remplir par le professionnel de santé	
	Patiente	Conjoint		Je confirme avoir informé et répondu au mieux de mes capacités concernant les résultats possibles et les limites des tests réalisés.	
Nom			Nom		
Prénom			Prénom		
Date			Date		
Signature			Signature et cachet		

La présente version du consentement a été approuvée par le Comité d'Ethique de l'Hôpital Erasme.

*Demandes, consentements et documents d'information : <http://ulbgenetics.be/documents-utiles/#prescription>

*Déclaration d'Helsinki : <https://www.wma.net/fr/policies-post/declaration-dhelsinki-de-lamm-principes-ethiques-applicables-a-la-recherche-medicale-impliquant-des-etres-humains/>

*Respect de la vie privée : <https://www.autoriteprotectiondonnees.be/reglement-general-sur-la-protection-des-donnees-citoyen>

