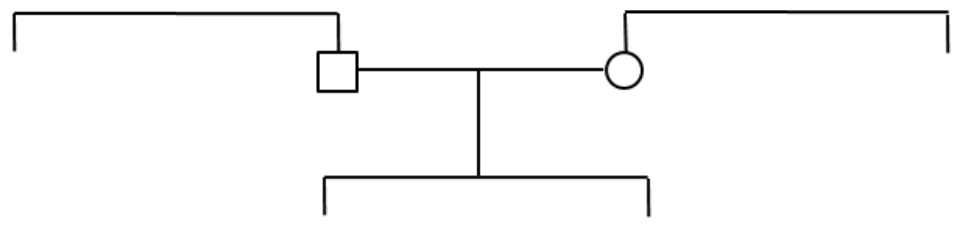


| ONCOGENETIQUE HEREDITAIRE | | |
|-----------------------------------|-------------------|----------------------|
| Date de prélèvement | Cachet du médecin | Signature du médecin |
| ✍ ECRIRE AU STYLO NOIR SVP | | Copie à : |

| PATIENT | | Indications Cliniques |
|---|--|--|
| <p style="text-align: center;">Identifiant Patient</p> <p>Nom : _____</p> <p>Prénom : _____</p> <p>Naissance : ____ / ____ / ____ Sexe : <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F</p> <p>Rue : _____ N° ____ Bte _____</p> <p>CP : ____ Commune : _____</p> <p>CT1/CT2 : ____ / ____ N° mutuelle : ____ / ____</p> <p>N° NISS : _____</p> | | <input type="checkbox"/> Cas isolé <input type="checkbox"/> duo <input type="checkbox"/> trio <input type="checkbox"/> autre : _____ <input type="checkbox"/> Visée thérapeutique (théranostique) : _____ <input type="checkbox"/> Suspicion d'affection génétique : _____ <input type="checkbox"/> Ségrégation familiale - portage : _____ <input type="checkbox"/> Test anomalie génétique familiale pat. atteint : _____ <i>Obligation de préciser le cas index :</i> _____ <input type="checkbox"/> Test pré-symptomatique : <input type="checkbox"/> 1/2 <input type="checkbox"/> 2/2 <i>Deux demandes indépendantes, uniquement après conseil génétique</i> <i>Obligation de préciser le cas index :</i> _____ <input type="checkbox"/> Confirmation d'une anomalie génétique : _____ |
| Etiquette n° de demande ERASME | Etiquette n° de secteur ERASME | |

| Types de prélèvement et Analyses | | |
|---|--|--|
| Analyses par panel de gènes à la recherche d'une prédisposition héréditaire aux cancers | Analyse d'un panel de gènes à visée thérapeutique avec un PARP-inhibiteur | Analyse sous-traitée |
| <input checked="" type="checkbox"/> Cancers héréditaires ^{2,3} <input type="checkbox"/> Sein/ovaire ⁴ <input type="checkbox"/> Prostate <input type="checkbox"/> Pancréas <input type="checkbox"/> Colorectal <input type="checkbox"/> Sarcomes <input type="checkbox"/> Mélanome <input type="checkbox"/> Autres panels (à préciser) : _____ <p style="text-align: right;"><i>=> remplir le formulaire spécifique*</i></p> | <input checked="" type="checkbox"/> Cancer ² <input type="checkbox"/> du sein métastatique ⁴ <input type="checkbox"/> du sein avant traitement adjuvant répondant aux critères demandés ^{**4} <input type="checkbox"/> de l'ovaire (non mucineux) ⁴ <input type="checkbox"/> du pancréas (adénocarcinome) <input type="checkbox"/> de la prostate métastatique <p>** Critères demandés : Avoir reçu une chimiothérapie à base d'antracyclines et taxanes et « être à haut risque » (cocher les critères présents, un critère est suffisant): <input type="checkbox"/> Taille tumeur >2cm <input type="checkbox"/> 4 + ganglions envahis <input type="checkbox"/> Absence de réponse complète à la chimioT <input type="checkbox"/> Si autre critère « haut risque » à préciser : _____</p> <p><i>J'ai informé le patient qu'en cas d'identification d'un variant pathogène, un conseil génétique sera à organiser.</i></p> | <input checked="" type="checkbox"/> Analyse sous-traitée: <input type="checkbox"/> ADN <input type="checkbox"/> Sang Labo belge : _____ Labo étranger ¹ : _____ Indication : _____ Gène(s) : _____ |
| Exome | | Autres |
| <input checked="" type="checkbox"/> Cancer rénal <input checked="" type="checkbox"/> Maladie oncogénétique héréditaire rare <input type="checkbox"/> Cas isolé <input type="checkbox"/> duo <input type="checkbox"/> trio (conseil génétique obligat.) ^{1,3} Infos obligatoires: ind. clinique, phénotype et gènes demandés | | <input checked="" type="checkbox"/> Stockage d'ADN <input checked="" type="checkbox"/> Stockage Long reads <input checked="" type="checkbox"/> Long reads contacter oblig. le laboratoire au préalable <input checked="" type="checkbox"/> Autre indication : _____ Gène(s) : _____ Mutation(s) : _____ |

1 Consentement **OBLIGATOIRE** 2 Consentement **CONSEILLÉ** 3 Signes cliniques et arbre **OBLIGATOIRES** 4 Analyse **ACCREDITEE**

| Antécédents familiaux | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|-----------|---|-------|---|-------|-----|--------------------|-----|--|-----|--|---|----------------|---|--------------|---|---------------|-----|-------------------|-----|---------------------|-----|-------------------|--|
| Indiquer pour chaque personne atteinte et/ou prélevée : Nom, Prénom, date de naissance. Indiquer le lien de parenté et le phénotype des individus concernés. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <table border="1"> <tr><td>↑</td><td>Cas index</td></tr> <tr><td>□</td><td>Homme</td></tr> <tr><td>○</td><td>Femme</td></tr> <tr><td>■ ●</td><td>Individus atteints</td></tr> <tr><td>■ ●</td><td>Porteurs d'un trait autosomal récessif</td></tr> <tr><td>□ ○</td><td>Porteurs asymptomatiques d'un trait autosomal dominant</td></tr> <tr><td>△</td><td>Femme enceinte</td></tr> <tr><td>◇</td><td>Sexe inconnu</td></tr> <tr><td>•</td><td>Fausse couche</td></tr> <tr><td>□ ○</td><td>Couple consanguin</td></tr> <tr><td>□ □</td><td>Jumeaux monozygotes</td></tr> <tr><td>□ □</td><td>Jumeaux dizygotés</td></tr> </table> | ↑ | Cas index | □ | Homme | ○ | Femme | ■ ● | Individus atteints | ■ ● | Porteurs d'un trait autosomal récessif | □ ○ | Porteurs asymptomatiques d'un trait autosomal dominant | △ | Femme enceinte | ◇ | Sexe inconnu | • | Fausse couche | □ ○ | Couple consanguin | □ □ | Jumeaux monozygotes | □ □ | Jumeaux dizygotés |  |
| ↑ | Cas index | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| □ | Homme | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ○ | Femme | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ■ ● | Individus atteints | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ■ ● | Porteurs d'un trait autosomal récessif | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| □ ○ | Porteurs asymptomatiques d'un trait autosomal dominant | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| △ | Femme enceinte | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ◇ | Sexe inconnu | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| • | Fausse couche | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| □ ○ | Couple consanguin | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| □ □ | Jumeaux monozygotes | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| □ □ | Jumeaux dizygotés | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Mutuelle

Avez-vous vérifié que votre patient a une mutuelle ou obtenu un accord pour analyse(s) génétique(s) d'une assurance privée ou du CPAS ?
S'il n'a pas d'assurance ou d'accord, vous a-t-il mentionné qu'il acceptait de payer après avoir été informé des coûts élevés (jusqu'à 1700€/ analyse)?

Consentement éclairé en vue d'une analyse génétique

PATIENT

Identifiant Patient

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

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

J'ai **reçu les informations cliniques nécessaires** de la part du professionnel de santé et/ou ai lu le dépliant d'information correspondant.
Je confirme avoir été **bien informé(e) sur les objectifs et le type d'analyse(s)** ci-dessus sélectionnée(s) qui sera/seront réalisée(s) dans le cadre de la condition susmentionnée.

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 tout moment**, et que l'enfant devenu majeur pourra modifier les choix faits par ses parents le concernant. La modification et/ou 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 de la personne concernée 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 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/généticien prescripteur que les tests sont cliniquement justifiés et représentent une charge financière minime ou acceptable pour vous.

| A remplir par le patient ou le représentant légal | |
|---|---|
| | Patient ou représentant légal <small>(*biffer les mentions inutiles)</small> |
| Nom | |
| Prénom | |
| Date | |
| Signature | |

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

La présente version de ces documents de consentement a été adaptée et approuvée par le Comité d'Éthique Erasme-ULB.

*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>