



FORMULAIRE DE DEMANDE ET DÉCLARATION DE CONSENTEMENT

LABORATOIRES RÉUNIS

Laboratoires Réunis Luxembourg S.A.
Tél. +352 780 290-1
contact@labo.lu

Patient

Matricule

Nom

Nom de jeune fille
(si applicable)

Prénom

Date de naissance

Sexe: Féminin Masculin Autre

N° et Rue

Code postal Ville

Pays

Tél./GSM

E-mail

Médecin prescripteur

Code médecin

Nom

Prénom

N° et Rue

Code postal Ville

Pays

Tél./GSM

E-mail

Date de prescription

Date d'expiration

(2 mois sauf si date spécifiée, max. 6 mois)

Date et heure
du prélèvement:

Protection des données personnelles

La protection de vos données personnelles est encadrée par le règlement UE 2016/679 du Parlement Européen et du Conseil du 27 avril 2016. Les dispositions relatives à ce règlement sont disponibles sur notre site internet www.labo.lu

Déclaration de prise en charge des coûts par le patient

Par ma signature, j'accepte que les Laboratoires Réunis procèdent à la réalisation des prestations médicales de laboratoire prescrites et de prendre à ma charge les coûts occasionnés.

Je suis informé(e) qu'il s'agit de prestations non prises en charge par le système de santé conventionnel.

Une facture pour la réalisation des prestations médicales de laboratoire prescrites me sera adressée prochainement.

Date et signature du patient

(ou représentant légal, par exemple les deux parents)

Cachet et signature du médecin

Patient	Nom
Matricule	Nom de jeune fille
Date de naissance	Prénom



En cas de demande de tests génétiques, la déclaration de consentement dûment signée par le patient et le médecin doit être jointe.

TESTS GÉNÉTIQUES

<p>EDTA <i>MYFITGEN</i></p> <p>MyFitnessGenes® * Analyse de 82 variants génétiques répartis dans 70 gènes liés au potentiel sportif, aux besoins nutritionnels, aux sensibilités et aux mesures de prévention associées à l'activité physique. 299,00 €</p>	<p>EDTA <i>DETOXGEN</i></p> <p>DETOX * Analyse de 19 variants génétiques répartis dans 14 gènes liés à la détoxification, impliqués dans la dégradation des médicaments, des toxines, des graisses, de l'homocystéine, des catécholamines et du stress oxydatif. 373,75 €</p>	<p>EDTA <i>SMPHARMGEN</i></p> <p>Small Pharma * Analyse de 20 variants génétiques répartis dans 4 gènes, permettant d'évaluer la réponse aux médicaments ainsi que le risque d'effets secondaires. 299,00 €</p>
<p>EDTA <i>MYNUTGEN</i></p> <p>MyNutriGenes® * Analyse de 102 variants génétiques répartis dans 75 gènes associés à la nutrition et à la gestion du poids. 330,63 €</p>	<p>EDTA <i>THRMBGEN</i></p> <p>Thrombose * Analyse de variants génétiques liés au risque de thrombose, répartis dans 7 gènes impliqués dans la coagulation et le métabolisme médicamenteux, permettant d'évaluer la prédisposition à la formation de caillots sanguins. 215,53 €</p>	<p>EDTA <i>INTOLGEN</i></p> <p>Profil d'intolérance * Fructose, lactose, gluten et histamine. 299,00 €</p>
<p>EDTA <i>MYPHARMGEN</i></p> <p>MyPharmaGenes® * Analyse de 88 variants génétiques répartis dans 32 gènes permettant d'évaluer la réponse et le risque d'effets secondaires liés à plus de 100 médicaments. 546,25 €</p>	<p>EDTA <i>EMOTIOGEN</i></p> <p>Équilibre émotionnel * Analyse de variants génétiques répartis dans 10 gènes liés à la régulation émotionnelle, permettant d'identifier les prédispositions aux états dépressifs, à l'instabilité émotionnelle, aux comportements addictifs et aux troubles anxieux. 215,63 €</p>	<p>EDTA <i>FRUCGEN</i></p> <p>Fructose * ALDOB 122,48 €</p>
<p>EDTA <i>MYVITDGEN</i></p> <p>MyVitDGenes® * Analyse de 16 variants génétiques répartis dans 7 gènes liés au métabolisme de la vitamine D. 214,19 €</p>	<p>EDTA <i>HRTGEN</i></p> <p>Thérapie de substitution hormonale * Analyse de 9 variants génétiques répartis dans 8 gènes liés à la thérapie de substitution hormonale permettant d'évaluer les bénéfices thérapeutiques et les risques d'effets secondaires en fonction des prédispositions individuelles. 215,63 €</p>	<p>EDTA <i>LACTGEN</i></p> <p>Lactose * MCM6 122,48 €</p>
<p>EDTA <i>MYWELLGEN</i></p> <p>MyWellnessGenes® * Analyse de 43 variants génétiques répartis dans 38 gènes associés à la nutrition et à la santé métabolique. 222,81 €</p>	<p>EDTA <i>METHYLGEN</i></p> <p>Méthylation * Analyse de 14 variants génétiques répartis dans 11 gènes influençant l'efficacité des fonctions de méthylation et de détoxification de l'organisme. 215,63 €</p>	<p>EDTA <i>HISTAGEN</i></p> <p>Histamine * ABP1 122,48 €</p>
<p>EDTA <i>ALOPOGEN</i></p> <p>Alopecia * Analyse de variants génétiques liés à l'alopécie androgénétique, incluant des polymorphismes spécifiques dans le gène AR et le locus 20p11.22, permettant d'évaluer le risque de perte de cheveux. 122,48 €</p>	<p>EDTA <i>TITANGEN</i></p> <p>Titane * Analyse de variants génétiques dans les gènes IL1A, IL1B, IL1RN et TNFA permettant d'évaluer le risque individuel de péri-implantite et d'échec des implants dentaires en titane, en lien avec une susceptibilité accrue aux réponses inflammatoires. 122,48 €</p>	<p>EDTA <i>AMYIAGEN</i></p> <p>AMY1A * 99,00 €</p>
<p>EDTA <i>BASICGEN</i></p> <p>Basic * Analyse de 14 variants génétiques répartis dans 12 gènes liés aux capacités de régénération du corps, d'évaluer les risques de maladies et d'optimiser les traitements des maladies chroniques. 215,63 €</p>		<p>EDTA <i>APOEGEN</i></p> <p>APO E * 99,00 €</p>
		<p>EDTA <i>COMTGEN</i></p> <p>COMT * 99,00 €</p>
		<p>EDTA <i>DIO2GEN</i></p> <p>DIO2 * 99,00 €</p>
		<p>EDTA <i>FUT2GEN</i></p> <p>FUT2 * 99,00 €</p>
		<p>EDTA <i>GUCY1A3GEN</i></p> <p>GUCY1A3 * 99,00 €</p>
		<p>EDTA <i>MAOAGEN</i></p> <p>MAO-A * 99,00 €</p>
		<p>EDTA <i>OGG1GEN</i></p> <p>OGG1 * 99,00 €</p>

LÉGENDE

italique: Code interne au laboratoire

EDTA: Sang total

*: Analyse(s) génétique(s) effectuée(s) par ProteoPath GmbH (Trier, Allemagne)

: Consentement génétique à compléter et signer (en dernière page)

Patient

Nom _____
Matricule _____
Date de naissance _____
Nom de jeune fille _____
Prénom _____

Cher docteur, cher patient,

merci de compléter soigneusement tous les champs ci-dessous car conformément à la législation sur l'analyse génétique humaine à laquelle le laboratoire ProteoPath GmbH est assujéti, aucune analyse ne pourra être réalisée si l'ensemble de ces éléments ne complète pas la demande.

Avec votre signature, vous confirmez que:

Obligatoire

vous avez été complètement informé par votre médecin des déclarations et conséquences du test génétique et vous avez compris cette explication;	Oui
vous avez pu poser toutes les questions qui vous intéressaient lors de la séance d'information susmentionnée et celles-ci ont reçu une réponse complète et compréhensible;	Oui
vous reconnaissez que vous pouvez retirer votre consentement et interrompre l'enquête à tout moment (droit de ne pas savoir);	Oui
vous autorisez Proteopath GmbH ou un laboratoire de coopération médicale spécialisé à effectuer des tests génétiques pour vous ou pour la personne susmentionnée en votre qualité de tuteur légal;	Oui
vous consentez à l'utilisation de l'échantillon pour les tests génétiques ci-dessus;	Oui
vos données personnelles et médicales seront collectées, traitées et utilisées par Proteopath GmbH;	Oui
toutes les informations que vous avez fournies, ainsi que tous les résultats de l'examen, sont soumis au secret médical et aux exigences légales en matière de protection des données (RGPD) et ne peuvent être transmis à des tiers sans votre consentement exprès. Vous pouvez révoquer ce consentement ou des parties de celui-ci à tout moment et sans donner de raisons;	Oui
les résultats seront transmis à votre médecin traitant ou à d'autres médecins.	Oui

Vous acceptez également:

Optionnel

le stockage et l'utilisation du matériel d'essai obtenu à partir de l'échantillon à des fins scientifiques et d'assurance qualité sous une forme pseudonymisée;	Oui
le stockage et l'utilisation des données collectées sous une forme pseudonymisée à des fins scientifiques et d'assurance qualité.	Oui

Patient

Nom _____
Nom de jeune fille _____
Prénom _____
Date de naissance _____
Date de la signature du consentement _____
Je certifie avoir pris connaissance de tous les éléments indiqués dans ce formulaire de consentement et reçu une information claire et précise concernant la réalisation de tests génétiques.
Je déclare également avoir pris connaissance des questions liées à la confidentialité des mes données, au traitement de mes échantillons à analyser et au consentement pour un test génétique.
Signature du patient
ou représentant légal
par exemple les deux parents

Médecin prescripteur

Nom _____
Prénom _____
Je certifie avoir apporté une information claire et précise au patient susnommé conformément à la législation nationale en vigueur sur la réalisation de tests génétiques (ex. Article L-1131.2 du code de la santé publique en France ou Gendiagnostikgesetz en Allemagne).
Je déclare également être convaincu(e) que ma/mon patient est capable de donner son consentement, s'il/elle est mineur(e) ou sous tutelle.
Cachet et signature du médecin prescripteur