

ETAPE 4 du parcours HYGEM
Saisie du Formulaire de prescription

Domaine Maladie Rare

QUI ? Prescripteur ou Assistant Prescripteur



A noter que seuls les champs portant une astérisque * sont obligatoires

Etape 4 : Formulaire de prescription

Saisie d'informations sur les échantillons envoyés pour séquençage

N°	Etapes	Consignes	Acteur/Lieu	Statut
1	 Formulaire de demande d'analyse génétique (version maladie rare)	<p>Consigne de réalisation : Liens vers la notice d'information et les modèles de consentement : (N.B. : Vous pourrez générer les modèles de consentement pré-remplis à l'étape "formulaire de prescription" qui sera disponible après validation par la RCP.)</p> <p>https://pfmtg2025.aviesan.fr/professionnels/notices-dinformation/ https://pfmtg2025.aviesan.fr/professionnels/consentements/</p>		
<p><i>Etape validée automatiquement à la réception du document</i> <i>Saisie le 25/09/2024 à 17:25 par BoyaultTEST, Sandrine</i></p>				
2	 Désignation de la RCP			
<p>Validée automatiquement après mise à jour de la liste des intervenants du parcours.</p>				
3	 Avis de la RCP amont 	<p>Consigne de réalisation :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Consultez le dossier clinique HYGEN du patient : accès via le lien en haut à droite de la fenêtre ou en arrière -plan. 2) Chargez le compte-rendu de la RCP d'entrée : cliquez sur le libellé de l'étape. 3) Enregistrez votre conclusion sur la poursuite du parcours : cliquez sur le feu vert ou le feu rouge. 	Hospices Civils de Lyon - domaine maladie rare	
<p><i>Etape validée automatiquement à la réception du document</i> <i>Saisie le 25/09/2024 à 17:25 par BoyaultTEST, Sandrine</i></p>				
4	 Formulaire de prescription (version maladie rare)	<p>Consigne de réalisation : Éditer les ordonnances et les feuilles de transfert à la fin du formulaire de prescription.</p> <p>Consignes de prélèvement - acheminement :</p> <p>https://www.auragen.fr/professionnels-de-sante/</p>	Hospices Civils de Lyon - domaine maladie rare (Assistant Prescripteur), Hospices Civils de Lyon - domaine maladie rare (Prescripteur)	

Cliquer sur l'étape « Formulaire de prescription »



Ouverture du formulaire

Sélectionner le Cas index

Champs pré-rempli à l'aide du formulaire de demande d'analyse génétique

Champs non obligatoires

Possibilité de récupérer le consentement pré-rempli

Sélectionner le « type de prélèvement »

Date Prescripteur

Numéro de demande HYGEN*

Date de demande HYGEN

Choix de la technique de séquençage*

Laissé aux recommandations du Plan France Médecine Génomique

Echantillon(s) du cas index

Personne concernée*

Consentement

Notice d'information

1- La personne autorise la conservation des échantillons biologiques non utilisés et des données générées par l'examen pour leur éventuelle utilisation ultérieure dans le cadre de la même démarche diagnostique, en fonction de l'évolution des connaissances.	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non
2- La personne autorise la conservation des échantillons biologiques non utilisés dans le cadre de la démarche diagnostique pour une éventuelle utilisation ultérieure dans un but de recherche.	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non
3- La personne autorise la conservation des données obtenues dans le cadre de la démarche diagnostique pour une éventuelle utilisation ultérieure dans un but de recherche.	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non
4- La personne autorise la conservation de ses échantillons et de ses données anonymisés à des fins de mise au point technique interne au laboratoire.	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non

Récupérer le modèle pré-rempli (mineur) Récupérer le modèle pré-rempli (mineur décédé)

Récupérer le modèle pré-rempli (foetus décédé)

Vous devez obligatoirement joindre aux prélèvements une photocopie du consentement et de l'attestation d'information signés, et en conserver l'original.

Prélèvement(s)

Echantillon

Prélèvement*

Si la personne a été transfusée il y a moins de 3 mois, merci de reporter le prélèvement.

Type de prélèvement

Envoi d'un nouvel échantillon (cas de non-conformité)

Sélectionner l'Apparenté 1

Champs pré-rempli à l'aide du formulaire de demande d'analyse génétique
(possibilité de changer la personne concernée parmi tous les apparentés décrits dans le formulaire de demande d'analyse génétique)

Champs non obligatoires

Possibilité de récupérer le consentement pré-rempli

Sélectionner le « type de prélèvement »

Apparenté 1 concerné par un prélèvement

Personne concernée* test Bill 01/05/1985 Père

Consentement

Notice d'information

1- La personne autorise la conservation des échantillons biologiques non utilisés et des données générées par l'examen pour leur éventuelle utilisation ultérieure dans le cadre de la même démarche diagnostique, en fonction de l'évolution des connaissances.	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non
2- La personne autorise la conservation des échantillons biologiques non utilisés dans le cadre de la démarche diagnostique pour une éventuelle utilisation ultérieure dans un but de recherche.	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non
3- La personne autorise la conservation des données obtenues dans le cadre de la démarche diagnostique pour une éventuelle utilisation ultérieure dans un but de recherche.	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non
4- La personne autorise la conservation de ses échantillons et de ses données anonymisés à des fins de mise au point technique interne au laboratoire.	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non

Récupérer le modèle pré-rempli (majeur)

Vous devez obligatoirement joindre aux prélèvements une photocopie du consentement et de l'attestation d'information signés, et en conserver l'original.

Prélèvement(s)

Echantillon

Prélèvement*

Si la personne a été transfusée il y a moins de 3 mois, merci de reporter le prélèvement.

Type de prélèvement Sang i

Envoi d'un nouvel échantillon (cas de non-conformité) + i

Sélectionner ensuite les autres apparentés que vous souhaitez intégrer dans l'analyse (dans la limite de 4 apparentés au total)

Apparenté 2 concerné par un prélèvement

Personne concernée*

Consentement

Notice d'information

1- La personne autorise la conservation des échantillons biologiques non utilisés et des données générées par l'examen pour leur éventuelle utilisation ultérieure dans le cadre de la même démarche diagnostique, en fonction de l'évolution des connaissances. oui non

2- La personne autorise la conservation des échantillons biologiques non utilisés dans le cadre de la démarche diagnostique pour une éventuelle utilisation ultérieure dans un but de recherche. oui non

3- La personne autorise la conservation des données obtenues dans le cadre de la démarche diagnostique pour une éventuelle utilisation ultérieure dans un but de recherche. oui non

4- La personne autorise la conservation de ses échantillons et de ses données anonymisés à des fins de mise au point technique interne au laboratoire. oui non

Récupérer le modèle pré-rempli (majeur)

Vous devez obligatoirement joindre aux prélèvements une photocopie du consentement et de l'attestation d'information signés, et en conserver l'original.

Prélèvement(s)

Echantillon

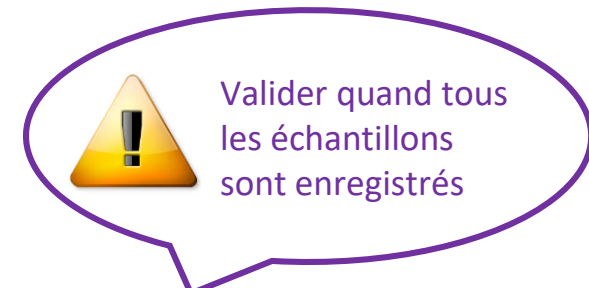
Prélèvement*

Si la personne a été transfusée il y a moins de 3 mois, merci de reporter le prélèvement.

Type de prélèvement

Envoi d'un nouvel échantillon (cas de non-conformité) + i

Ajouter un nouvel apparenté concerné par un prélèvement



Possibilité d'ajouter des échantillons pour des apparentés saisis dans le formulaire de demande d'analyse génétique
Limite de 4 échantillons apparentés au total

Cliquer sur « Enregistrer » = Formulaire modifiable
QUI?
 Assistant prescripteur ou Prescripteur

OU

Cliquer sur « Valider » = Formulaire non modifiable
QUI?
 Assistant prescripteur ou Prescripteur

Récupérer le modèle pré-rempli (mineur)

Vous devez obligatoirement joindre aux prélèvements une photocopie du consentement et de l'attestation d'information signés, et en conserver l'original.

Prélèvement(s)

Echantillon N° 2 427 041 400 Annuler

Prélèvement*
Si la personne a été transfusée il y a moins de 3 mois, merci de reporter le prélèvement.

Type de prélèvement i

Envoi d'un nouvel échantillon (cas de non-conformité) + i

+ **Ajouter un nouvel apparenté concerné par un prélèvement**

Enregistrer Valider

Editer la planche d'étiquettes Editer les ordonnances et la feuille de transfert

Possibilité d'imprimer des planches d'étiquettes anonymisées (numéro HYGEN)



Après validation, imprimer les ordonnances et les **feuilles de transfert**.

Il sont **A JOINDRE** à L'ENVOI des **ECHANTILLONS BIOLOGIQUES** avec le **consentement** de chaque membre de la famille à analyser.



L'absence de ces documents est un motif de non-conformité et est donc bloquant.

Ordonnance

Prélèvement du cas index



Nom de naissance : TEST	Nom d'usage :	Prénom(s) : KARL
Date de naissance : 01/02/2015	IPP HYGEN : 00011277	

Merci de prélever **2 à 5 mL sur EDTA** pour **séquençage complet du génome** au **laboratoire AURAGEN**.

Fait à : Le :

Signature du prescripteur : BOYAULTTEST, SANDRINE
 Tampon du prescripteur :

Les prélèvements accompagnés de la feuille de transfert, le consentement et les étiquettes sont à envoyer à la plateforme AURAGEN en contactant le transporteur Starservice Healthcare - TSE à partir de son extranet <https://portail.tse-medical.net/colibri> conformément aux informations fournies aux prescripteurs concernant l'envoi des échantillons constitutionnels (voir consignes sur <https://www.auragen.fr/professionnels-de-sante/documentation>).

Au besoin, vous pouvez contacter le secrétariat d'AURAGEN :
secretariat@auragen.fr
 04 72 11 25 40
 04 72 11 25 50

Feuille de transfert


Prélèvement du cas index



Nom de naissance : TEST	Nom d'usage :	Prénom(s) : KARL
Date de naissance : 01/02/2015	IPP HYGEN : 00011277	

N° de demande AURAGEN :  MR-2400085
 Date demande AURAGEN : 25/09/2024
 Filière : **Maladie Rare**

Analyse demandée : **séquençage complet du génome**
 Prescripteur : **BoyaultTEST, Sandrine**
 E-mail du prescripteur : **sandrine.boyault@lyon.unicancer.fr**
 Indication : **Hypersécrétions hormonales hypophysaires**

M	KT 2015	Type de prélèvement : Sang
demande MR-2400085		
		
éch. 2427041398		

À compléter

Date de prélèvement : Heure du prélèvement :

Nom du préleveur : Prénom du préleveur :

Si le prélèvement n'est pas étiqueté avec l'étiquette HYGEN, merci de coller ici un exemplaire de l'étiquette utilisée pour identifier le tube de prélèvement du **cas index**.

Prélèvement à envoyer via <https://portail.tse-medical.net/colibri>
 au GCS AURAGEN, Hôpital Édouard Herriot, Bâtiment 7, 22 bis rue Trarieux, 69003 Lyon

Pour contacter le secrétariat d'AURAGEN : 04 72 11 25 40 / 04 72 11 25 50 / secretariat@auragen.fr

ATTENTION !!!!
 Une feuille de transfert pour le cas index et pour chaque apparenté à analyser