

Dépistage des prédispositions génétiques au carcinome hépato cellulaire  
Test for predisposition to the development of hepatocellular carcinoma

> Joindre obligatoirement l'ordonnance et le règlement  
Must be enclosed with prescription and payment

**MEDECIN PRESCRIPTEUR PRESCRIBING PHYSICIAN**

Nom Last Name .....  
Prénom First Name .....  
Adresse Address .....  
Code postal Postcode ..... Ville City .....  
Pays Country ..... RPPS Practitioner ID .....  
Tél Phone ..... Fax Fax .....  
E-mail E-mail .....

**PATIENT PATIENT**

Si le patient est mineur, le consentement doit être donné par le titulaire de l'autorité parentale If the patient is a minor, consent must be given by parental authority

Nom Last Name ..... Naissance Birth date ..... /..... /.....  
Prénom First Name .....  
Adresse Address .....  
Code postal Postcode ..... Ville City .....  
Pays Country ..... Sexe Sex  F  M  
Tél Phone ..... Fax Fax .....  
E-mail E-mail .....

**SIGNES CLINIQUES CLINICAL SIGNS**

Vous buvez par jour, depuis au moins 20 ans : 3 verres de vin ou de champagne OU 1 verre d'alcool fort (whisky, pastis, vodka, digestif, etc.)  Oui Yes  Non No  
You drink each day, for at least 20 years: 3 glasses of wine or champagne OR 1 glass of spirit (whiskey, pastis, vodka, digestive, etc.)

HCV Type 1 HCV Type 1  Oui Yes  Non No  
HBV+ HBV Positive  Oui Yes  Non No

**ATTESTATION DE CONSULTATION CERTIFICATE OF CONSULTATION**

(Décret n°2008-321 du 4 avril 2008 – arrêté du 27 mai 2013) (French decree n° 2008-321 dated 4 April 2008 – Act dated 27 May 2013)

Je soussigné I, the undersigned .....  
Docteur en Médecine, conformément aux articles R.1131-4 et R.1131-5 du code de la santé publique, certifie avoir reçu en consultation ce jour le(la) patient(e) sus-nommé(e) afin de lui apporter les informations sur les caractéristiques du carcinome hépato cellulaire, des moyens de les détecter, des possibilités de prévention et de traitement.  
Doctor of Medicine, in accordance with Articles R.1131-4 and R. 1131-5 of the French Public Health Code, certify to have given consultation today to the above-mentioned patient in order to provide him/her with information on the characteristics of hepatocellular carcinoma, methods of detection, prevention and treatment possibilities.

Fait le Date ..... Signature Signature/Stamp .....

**CONSENTEMENT EN VUE D'UN EXAMEN DES CARACTÉRISTIQUES GÉNÉTIQUES D'UNE PERSONNE CONSENT FOR THE EXAMINATION OF THE GENETIC CHARACTERISTICS OF A PERSON**

(Conformément aux articles R.1131-4 et R.1131-5 du code de la santé publique) (In accordance with articles R.1131-4 and R.1131-5 of French Public health code)

Je soussigné I, the undersigned .....  
Né le Born .....

• Reconnait avoir reçu par le Dr Confirm having received by Dr .....  
Les informations sur All informations concerning

- Les examens des caractéristiques génétiques qui seront réalisés afin d'évaluer ma prédisposition génétique à un carcinome hépato cellulaire. The examinations of genetic characteristics to be carried out in order to evaluate my genetic predisposition to a hepatocellular carcinoma.
- Les modalités de traitement de mes données personnelles ainsi que mes droits en la matière. How my personal data are treated and my right regarding them.

• Pour cela je consens For this, I consent to

- Au prélèvement qui sera effectué sur ma personne. The sample which will be taken from me
- Au prélèvement qui sera effectué chez mon enfant mineur ou une personne majeure sous tutelle. The sample which will be taken on my minor child or adult under guardianship
- A l'utilisation de mes données personnelles et génétiques dans le cadre de la réalisation du test génétique BILHI Liver HCC. I give my informed consent for my personal and genetic data to be used in order to carry out the BILHI Liver HCC genetics test
- A l'utilisation de mes données personnelles et génétiques à des fins de recherche scientifique. I give my informed consent for my personal and genetic data to be used for research purposes
- Je ne souhaite pas connaître les résultats. I do not wish to know the results.

Fait le Date .....  
Signature (patient ou titulaire de l'autorité parentale du mineur ou tuteur légal Signature (patient or parent of minor child or adult under guardianship) .....

**RESERVE AU LABORATOIRE RESERVED FOR THE LABORATORY**

Reçu Received ..... A At .....h..... Opérateur Officer .....  
 CONFORME COMPLIANT  NOT CONFORME NOT COMPLIANT