

# CONSENTEMENT EN VUE D'UN EXAMEN A FINALITE MEDICALE DES CARACTERISTIQUES GENETIQUES CHEZ UNE PERSONNE

Loi n° 2004-800 du 6 août 2004, modifiée par Loi n° 2011-814 du 7 juillet 2011 relative à la bioéthique. Arrêté du 27 mai 2013. Recommandations de BP HAS « délivrance de l'information à la personne sur son état de santé » mai 2012. Décret 2013-527 du 20 juin 2013 relatif aux conditions de mise en œuvre de l'information de la parentèle dans le cadre d'un examen des caractéristiques génétiques à finalité médicale

<b>PATIENT</b> <small>(coller étiquette ou remplir les champs)</small>  Nom Prénom Date de naissance <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>	<b>REPRESENTANTS LEGAUX</b> <small>(si patient mineur ou majeur sous tutelle)</small>  Nom Prénom Lien avec le patient :
--	---

Je soussigné(e) reconnais avoir été informé(e) par :

- Docteur .....  
 Conseiller(ère) en génétique ..... sous la responsabilité du Dr.....

quant à l'examen des caractéristiques génétiques qui sera réalisé :

- sur moi-même**  
 **sur mon enfant mineur ou sur la personne majeure placée sous tutelle**

### INDICATION DE L'ANALYSE

J'autorise, dans le respect du secret médical (*rayez les mentions refusées*) :

- La **transmission des informations** nécessaires aux médecins et biologistes réalisant cet examen.
- La **conservation du prélèvement** et son utilisation ultérieure pour poursuivre les investigations diagnostiques.
- Le **partage** des données cliniques et génétiques, de manière **anonymisée**, sur des bases de données sécurisées locales, nationales, ou internationales pour permettre d'établir le diagnostic.
- L'utilisation du prélèvement de manière anonyme **pour la recherche scientifique et médicale**.
- La révélation d'**informations génétiques sans lien direct avec la prescription** mais pouvant avoir un impact sur ma santé ou celle d'apparentés.

**Information à la parentèle** : j'ai compris que si une anomalie génétique pouvant être responsable d'une prédisposition ou d'une affection grave était mise en évidence, **je devrai assurer la transmission de cette information aux apparentés concernés**, ou à défaut autoriser le médecin prescripteur à cette diffusion d'information. J'ai été averti que mon silence pouvait leur faire courir des risques ainsi qu'à leur descendance, dès lors que des mesures de prévention, y compris de conseil génétique ou de soins, peuvent être proposées.

Je reconnais avoir reçu l'ensemble des informations permettant la compréhension de cet examen et sa finalité.

Le résultat de l'examen **me sera rendu et expliqué en l'état actuel des connaissances par le médecin qui me l'a prescrit**. Ce dernier m'expliquera les moyens de prise en charge nécessaire le cas échéant.

Fait à	<input type="text"/>	<b>Signature patient</b> (ou représentants)
Le	<input type="text"/>	
<i>Tout consentement non signé empêche la réalisation de l'examen.</i>		

Conformément à la loi « informatique et libertés », les données informatiques de mon dossier médical sont protégées par ces dispositions (Loi n°78-17 de janvier 1978, modifiée). Vous disposez à tout moment d'un droit d'accès et de rectification, par l'intermédiaire du médecin prescripteur.

## ATTESTATION DE CONSULTATION MEDICALE

Je soussigné(e),  Docteur .....  
 Conseiller(ère) en génétique ..... sous la responsabilité du Dr.....

Certifie avoir informé le (ou la) patient(e) ou ses représentants légaux, des caractéristiques de la maladie recherchée, des moyens de la diagnostiquer, des possibilités de prévention et de traitement, du stockage du prélèvement, et avoir recueilli le consentement du (ou de la) patient(e) ou de sa tutelle dans les conditions prévues par le code de la santé publique (articles R1131-4 et 5).

Fait à	<input type="text"/>	<b>Signature prescripteur</b> (et cachet)
Le	<input type="text"/>	
<i>Toute attestation non signée empêche la réalisation de l'examen.</i>		