



GROUPEMENT HOSPITALIER EST
59, Boulevard Pinel – 69500 BRON Cedex
Consentement éclairé

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

Article 16-11 du Code civil et articles L.1131-1, L.1131-3 et L.1111-2 du Code de la Santé Publique, modifiés selon la Loi de Bioéthique n°2004-800 du 6 août 2004, mis en application par les articles R1131-3 et R1131-4 (décret n°2008-321 du 4 avril 2008)

Je soussigné (e) Né(e) le

patient majeur parents ou titulaire de l'autorité parentale de Né(e)le

- Déclare avoir reçu les informations nécessaires du Docteur.....

- Accepte que soit réalisée sur ma personne mon enfant la personne sus-nommée

une analyse génétique concernant le diagnostic de

Je déclare être conscient(e) de la signification de l'anomalie éventuellement détectée, pour moi-même et mes apparentés et de l'importance de transmettre cette information à mes apparentés et aux personnes concernées si celle-ci peut permettre d'assurer une prévention.

• Je souhaite / je ne souhaite pas (1) connaître les résultats le jour où cette étude aboutira. Les résultats de l'analyse me seront transmis et expliqués par le médecin qui me l'a prescrite.

• J'autorise / je n'autorise pas (1) la conservation des échantillons biologiques prélevés à des fins de diagnostics ultérieurs. Le médecin prescripteur des examens assure la responsabilité de l'utilisation de ces échantillons. Je garde la liberté de demander à tout moment la destruction du matériel biologique conservé.

• J'autorise/ je n'autorise pas (1) la conservation et l'utilisation de manière anonyme des échantillons biologiques prélevés à des fins de recherche médicale.

• Je consens / je ne consens pas (1) au recueil, à la saisie et au traitement des données contenues dans mon dossier médical par des personnes tenues au secret professionnel. Les données qui me concernent resteront strictement confidentielles. Je n'en autorise la consultation qu'aux personnes qui collaborent à l'analyse. Je pourrai à tout moment demander à être retiré de l'analyse sans aucune conséquence. Les données concernant mon dossier devront être détruites.

Conformément à la loi informatique et liberté, je peux exercer mon droit d'accès aux données qui me concernent par l'intermédiaire d'un médecin de mon choix.

Fait à le

Signature(s) (des deux parents ou du titulaire de l'autorité parentale, si enfant mineur)

(1) rayer la mention inutile

ATTESTATION DE CONSULTATION MEDICALE

Je soussigné(e), Docteur
certifie avoir reçu en consultation ce jour Monsieur/Madame, l'enfant
et avoir apporté les informations définies selon l'article R1131-4 du code de la santé publique (caractéristiques de la maladie recherchée, moyens de la détecter, degré de fiabilité des analyses, possibilités de prévention et de traitement, modalités de transmission génétique de la maladie recherchée, possibles conséquences chez d'autres membres de sa famille), et avoir recueilli le consentement éclairé conformément aux articles R145-15-4 et R145-15-5 du Code de la Santé Publique.

Fait à Bron, le

Signature du praticien prescripteur