

Identification du patient
Prélevé (étiquette)

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

Article 16-10 du Code civil et articles L.1131-1-2 et L.1111-2 du Code de la Santé Publique, L6211-2, R 1131-/4/5 modifiés selon la loi de 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 n° 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

Je soussigné (e) Né(e) le

☐ patient majeur ☐ parent ou représentant légal de Né(e)le

- Déclare avoir reçu les informations nécessaires du Docteur / Conseiller en Génétique (1).....

(sous la responsabilité du Dr)

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

les examens concernant le **diagnostic** de

☐ par analyse cytogénétique / cytogénétique moléculaire

☐ par analyse de biologie moléculaire

Ces examens seront réalisés par des praticiens agréés dans un laboratoire autorisé à cet effet.

Les résultats de l'analyse me seront transmis et expliqués par le médecin qui me les a prescrits.

Je déclare être conscient(e) de la signification de l'anomalie éventuellement détectée, pour moi-même, mes proches et mes apparentés et de l'obligation légale de transmettre cette information à mes apparentés si celle-ci peut permettre d'assurer une prévention. Lors du rendu des résultats, je devrai choisir entre assurer moi-même la transmission de l'information génétique aux membres de ma famille ou autoriser le médecin à le faire. Dans ce cas, je lui communiquerai les coordonnées des membres de ma famille.

Ces examens peuvent révéler d'autres affections que celle recherchée initialement chez moi-même. J'en serai informé uniquement si ces informations comportent un bénéfice direct pour ma personne ou ma famille en l'état actuel des connaissances comme par exemple une possibilité de prévention et /ou de traitement.

• **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 sans avoir à me justifier.

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

Je consens 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 participent à l'analyse génétique. 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, les données contenues dans mon dossier médical peuvent faire l'objet d'un traitement informatique et 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.

Fait à, le

Signature :

(1) rayer la mention inutile

ATTESTATION DE CONSULTATION MEDICALE

Je soussigné(e), Docteur / Conseiller en Génétique (1).....(sous la responsabilité du Dr) certifie avoir reçu en consultation ce jour Monsieur/Madame, l'enfantet avoir apporté les informations définies selon les articles L 1111-2, L1131-1-2, R1131-5 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 R 1131-4 du Code de la Santé Publique.

Fait à....., le.....

Signature du médecin / Conseiller en Génétique

Cachet du médecin