

Pôle Biologie et Anatomie Pathologique

Génétique Biologique - PC Bio

Hôpital Jean Minjoz – 2, Boulevard Fleming – 25030 Besançon Cedex

Tél: 03.70.63.20.69 - Fax: 03.70.63.20.46

EXAMEN DES CARACTERISTIQUES GENETIQUES (CYTOGENETIQUE - GENETIQUE MOLECULAIRE)

Décret n° 2008-321 du 4 avril 2008 – Arrêté du 27 mai 2013

| CONSENTEMENT DU PATIENT | |
|--|--|
| dentité du sujet prélevé (étiquette) | |
| Nom: | Je soussigné(e), |
| Nom de naissance : | □ Patient majeur |
| Prénom : | ☐ Parent ou responsable légal de |
| Date de naissance : | Demeurant à |
| Sexe: 🗌 M 🔲 F | |
| de la finalité de l'examen génétique des spécificités de la maladie reche des possibilités de prévention, de t des conséquences familiales du rés de ma liberté et de mon droit de re du risque éventuel d'identification prescription. J'en serai informé unio personne ou ma famille en l'état ac prévention et / ou de traitement. Les résultats de l'examen me seront rendus particular de l'examen me seront particular de l'examen de l'examen de l'examen de l'examen de | rchée ; raitement, de diagnostic prénatal ; ultat et de ma responsabilité dans l'information de ma parentèle ; courir ou non à l'examen et d'en connaître ou non les résultats ; de caractéristiques génétiques sans relation directe avec la ruement si ces informations comportent un bénéfice direct pour ma tuel des connaissances, comme par exemple une possibilité de |
| Indication de l'examen | jour où cet examen aboutira : ils me seront communiqués et expliqués par le médecin |
| charge celui-ci si cela peut avoir des | communiquer mes résultats à un membre de ma famille ou au médecin prenant en implications directes pour lui. <u>Si vous refusez</u> , cochez ici : NON sation, de manière anonyme, à des fins de recherche médicale, des échantillons |
| J'accepte que du matériel biologique | e soit conservé pour d'éventuelles analyses ultérieures dans le cadre de cette affection. ut moment la destruction du matériel biologique conservé. |
| <u>5: 10 40 10 140 15</u> | Signature du patient |
| Fait à | ou du parent |
| | ou du responsable légal |
| Le | . " |
| ATTEST | ATION DE CONSULTATION MEDICALE |
| | (ouConseiller sous ma responsabilité) |
| et avoir apporté les informations définies (caractéristiques de la maladie recherchée, l | selon les articles L. 1111-2, L.1131-1-2, R. 1131-5 du Code de la Santé Publique noyens de la détecter, degré de fiabilité des analyses, possibilités de prévention et de ique de la maladie recherchée, possibles conséquences chez d'autres membres de sa clairé conformément aux articles R. 1131-4 Signature et cachet du médecin |
| -e | |
| | |

Le laboratoire agréé réalisant les examens génétiques doit disposer de la prescription et de l'attestation du prescripteur (Décret n°2008-321 du 4 avril 2008) et adresse le compte-rendu **exclusivement au médecin prescripteur** (Article L. 1131-1).

FEUILLET BLANC A ENVOYER AU LABORATOIRE - Feuillet vert à conserver par le prescripteur

0367

Réf : 023 GE1 210 ERXX 047 Rédigé par : Dr Kuentz octobre 2018