

EXAMEN DES CARACTERISTIQUES GENETIQUES (CYTOGENETIQUE - GENETIQUE MOLECULAIRE)
 Décret n° 2008-321 du 4 avril 2008 – Arrêté du 27 mai 2013

CONSENTEMENT DU PATIENT

Identité du sujet prélevé (étiquette)

Nom :
 Nom de naissance :
 Prénom :
 Date de Naissance :
 Sexe : M F

Je soussigné(e),
 Patient majeur
 Parent ou responsable légal de
 Demeurant à

Déclare avoir été informé(e) par le Dr (ou sous sa responsabilité par le Conseiller en Génétique)

- de la finalité de l'examen génétique et de ses limites.
- des spécificités de la maladie recherchée.
- des possibilités de prévention, de traitement, de diagnostic prénatal.
- des conséquences familiales du résultat et de ma responsabilité dans l'information de ma parentèle.
- du risque éventuel d'identification de caractéristiques génétiques sans relation directe avec la prescription. *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.*
- de ma liberté et de mon droit de recourir ou non à l'examen et d'en connaître ou non les résultats.

Les résultats de l'examen me seront rendus par le médecin désigné ci-dessus.

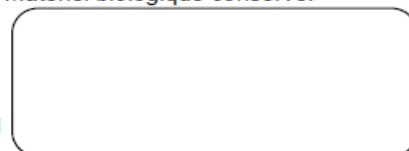
Accepte que soit réalisé sur ma personne mon enfant la personne sus-nommée

Nature de l'examen

Indication de l'examen

- Je souhaite connaître les résultats le jour où cet examen aboutira : ils me seront communiqués et expliqués par le médecin qui me l'a prescrit. Si vous refusez, cochez ici : NON
- J'autorise le médecin prescripteur à communiquer mes résultats à un membre de ma famille ou au médecin prenant en charge celui-ci si cela peut avoir des implications directes pour lui. Si vous refusez, cochez ici : NON
- J'autorise la conservation et l'utilisation, de manière anonyme, à des fins de recherche médicale, des échantillons biologiques prélevés. Si vous refusez, cochez ici : NON
- J'accepte que du matériel biologique soit conservé pour d'éventuelles analyses ultérieures dans le cadre de cette affection. Je garde la liberté de demander à tout moment la destruction du matériel biologique conservé. Si vous refusez, cochez ici : NON

Fait à, **Signature du patient ou du parent ou du responsable légal**
 Le



ATTESTATION DE CONSULTATION MEDICALE

Je soussigné(e), Dr..... (ou Conseiller sous ma responsabilité)

Certifie avoir reçu en consultation ce jour Monsieur/Madame/L'enfant.....

et avoir apporté les informations définies selon les articles L. 1111-2, L.1131-1-2, R. 1131-5 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 et R. 1131-5 du Code de la Santé Publique.

Fait à, **Signature et cachet du médecin**
 Le



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 - Feuillelet vert à conserver par le prescripteur

0367