

Décret n°2008-321 du 4 Avril 2008 relatif à l'examen des caractéristiques génétiques d'une personne ou à son identification par empreintes génétiques à des fins médicales

Arrêté du 27 mai 2013 définissant les règles de bonnes pratiques applicables à l'examen des caractéristiques génétiques d'une personne à des fins médicales

**ATTESTATION DE CONSULTATION MÉDICALE INDIVIDUELLE**

préalable à la réalisation des examens des caractéristiques génétiques d'une personne et de son identification par empreintes génétiques à des fins médicales

Je soussigné.....Docteur en Médecine,

conformément aux articles R.1131-4 et R. 1131-5, certifie avoir reçu en consultation ce jour le(la) patient(e) sous-nommé(e) et/ou son représentant légal afin de lui apporter les informations sur les spécificités de la maladie recherchée, les moyens de la détecter (caractéristiques du test), les possibilités de prévention, de traitement, de diagnostic prénatal, le rendu de résultats (conséquences familiales, identification d'autres caractéristiques génétiques et l'attitude adoptée le cas échéant, le droit de refuser de connaître les résultats, les modalités et les délais de rendu des résultats).

Fait à ..... le .....

Coordonnées du Médecin Prescripteur

Signature du médecin

**CONSENTEMENT POUR LA RÉALISATION D'EXAMENS DES CARACTÉRISTIQUES GÉNÉTIQUES**

Conformément aux articles R. 1131-4 et R. 1131-5 du code de la santé publique

**LE DÉCLARANT :**

- le patient lui-même  le représentant légal après avis du patient mineur  le tuteur légal après avis de l'adulte sous tutelle

Identité du déclarant (si différent du patient) :

M. Mme ..... *NOM, Prénom* ..... nom de naissance : ..... le : ...../...../.....

demeurant à : .....

**LE PATIENT :**

M. Mme ..... *NOM, Prénom* ..... nom de naissance : ..... le : ...../...../.....

demeurant à : .....

Le déclarant reconnaît avoir reçu par le Dr ..... les informations sur les examens des caractéristiques génétiques qui seront réalisés afin :

- de confirmer ou d'infirmer le diagnostic d'une maladie génétique (pré-symptomatique ou en relation avec les symptômes) ;
- d'identifier un statut de porteur sain (recherche d'hétérozygote ou d'un remaniement chromosomique) ;
- d'évaluer la susceptibilité génétique à une maladie ou à un traitement médicamenteux.

Pour cela, il consent au prélèvement sanguin qui sera effectué sur le patient. Le résultat de l'examen sera rendu et expliqué, en l'état des connaissances, par le médecin qui l'a prescrit. Ce dernier explicitera les moyens de prise en charge nécessaires le cas échéant. Le déclarant autorise l'utilisation des résultats au profit des membres de sa famille si ces résultats montrent des caractéristiques qui apparaissent médicalement utiles pour eux. Il comprend que si une anomalie grave était mise en évidence, il devrait favoriser la transmission de cette information au reste de la famille du patient. Il a été averti que son silence pouvait leur faire courir des risques ainsi qu'à leur descendance, dès lors que les mesures de prévention, y compris de conseil génétique ou de soins, peuvent être proposées. Ainsi lors du rendu des résultats, il devra choisir entre :

- Assurer lui-même cette diffusion d'information génétique aux membres de la famille du patient ;
- Autoriser le médecin prescripteur à cette diffusion d'information génétique aux membres de la famille du patient. Dans ce cas, leurs coordonnées lui seront communiquées.

Des informations génétiques pouvant avoir un impact sur la santé du patient ou celle de ses enfants peuvent être mises à jour :

- Le déclarant souhaite que le médecin du patient le tienne informé ;
- Le déclarant refuse que le médecin du patient lui transmette ses informations.

Si une partie du prélèvement reste inutilisée après examen, le déclarant consent à ce qu'elle puisse être intégrée, le cas échéant, à des fins de recherche scientifique. Dans ce cas, l'ensemble des données médicales concernant le patient seront protégées grâce à une anonymisation totale. En conséquence, le déclarant est conscient que ces études scientifiques effectuées ne seront sans aucun bénéfice ni préjudice pour lui ou le patient.

Fait à : .....

le : ...../...../.....

G-PRA-E118-02 Page 1/1

**Signature du patient adulte :**

ou du représentant légal de l'enfant mineur  
ou du tuteur légal de l'adulte sous tutelle