

Consentement et Attestation de consultation en vue d'un examen des caractéristiques génétiques d'une personne

Décret n°2008-321 du 4 Avril 2008 relatif à l'examen des caractéristiques génétiques d'une personne

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

| PATIENT(E) | PRESCRIPTEUR |
|---|---|
| NOM : | NOM : |
| PRÉNOM : | PRÉNOM : |
| NOM DE NAISSANCE : | Adresse : |
| Date de naissance : / / | CP : Ville : |
| Adresse : | TEL : / / Fax : / / |
| CP : Ville : | Adresse mail sécurisée : |

ATTESTATION DE CONSULTATION MÉDICALE INDIVIDUELLE et RENSEIGNEMENTS CLINIQUES OBLIGATOIRES

Je soussigné(e)....., 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).

| THROMBOPHILIE | HÉMOCHROMATOSE | HLA |
|---|--|---|
| <p>Examen(s) demandé(s):</p> <input type="checkbox"/> FV Leiden (R506Q) <input type="checkbox"/> FII Prothrombine (20210 G>A) <input type="checkbox"/> MTHFR (677 C>T) <input type="checkbox"/> MTHFR (1298 A>C) <p>Indication(s):</p> <input type="checkbox"/> Exploration cas index (le patient a présenté un épisode de thrombose veineuse ou une pathologie vasculaire placentaire) <input type="checkbox"/> Exploration d'un sujet apparenté (enquête familiale) <input type="checkbox"/> Trouble de la reproduction <input type="checkbox"/> Echec PMA <input type="checkbox"/> Fausses couches à répétition <input type="checkbox"/> RCIU <input type="checkbox"/> Autre indication : | <p>Examen(s) demandé(s):</p> <input type="checkbox"/> C282Y <input type="checkbox"/> H63D <input type="checkbox"/> S65C <p>Indication(s):</p> <input type="checkbox"/> Sujet ayant un parent au premier degré porteur de la mutation C282Y à l'état homozygote, à l'exclusion des sujets mineurs et des mères ménopausées, ou ne désirant plus avoir d'enfant. <input type="checkbox"/> Augmentation du Coefficient de saturation de la transferrine (CS-Tf >45% confirmé sur un deuxième prélèvement) <input type="checkbox"/> Autre indication : | <p>Examen(s) demandé(s):</p> <input type="checkbox"/> HLA B27 <p>Indication(s):</p> <input type="checkbox"/> Spondylarthrite ankylosante <input type="checkbox"/> Rhumatologie <input type="checkbox"/> Uvéite <input type="checkbox"/> Auto immunité <input type="checkbox"/> Autre indication : |

CONSENTEMENT POUR LA RÉALISATION D'EXAMENS DES CARACTÉRISTIQUES GÉNÉTIQUES

Je soussigné(e) M, Mme en tant que : patient lui-même représentant légal après avis du patient mineur tuteur légal après avis de l'adulte sous tutelle

Reconnais avoir reçu par le Pr/Dr (ou conseiller en génétique)..... les informations sur les examens des caractéristiques génétiques qui seront réalisés afin d'évaluer ma susceptibilité génétique à une maladie. 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.

Pour cela, je consens :

- au prélèvement qui sera effectué pour moi au prélèvement qui sera effectué pour mon enfant mineur ou une personne majeure sous tutelle

Si une partie du prélèvement reste inutilisée après examen,

Je consens à ce qu'il puisse être intégré, le cas échéant, à des fins de recherche scientifique. Dans ce cas, l'ensemble des données médicales me concernant seront protégées grâce à une anonymisation totale. En conséquence, je suis conscient que ces études scientifiques effectuées ne seront sans aucun bénéfice ni préjudice pour moi.

Fait à, le

| | |
|---|--------------------------------------|
| <p>Signature du patient ou son représentant/tuteur légal :</p> | <p>Signature du médecin :</p> |
|---|--------------------------------------|