

Fait à ..... le .....

**Signature du Praticien**

Le formulaire signé est remis aux parents ou au titulaire de l'autorité parentale, une copie est conservée dans le dossier médical et une copie est envoyée au laboratoire qui effectuera l'analyse.

\* barrer la (ou les) mention(s) inutiles(s)

**Centre Hospitalier Universitaire du Sart Tilman**

Avenue de l'hôpital, 1  
4000 Liège  
Belgique

**Unité de Génétique Humaine**

**Service de Cytogénétique Constitutionnelle – Téléphone : 04 366 25 61**

**Chef de Service : Professeur V. BOURS**

**Docteur M. JAMAR – Docteur F.-G. DEBRAY – Docteur S. GAILLEZ –**

**Docteur G. PIERQUIN – Docteur A. VERLOES**

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

Analyse cytogénétique

Analyse moléculaire

Je soussigné (e), Melle, Mme, M. ....

demeurant à.....

reconnais avoir été informé(e) par le Docteur.....

sur la nature et la finalité des examens génétiques qui seront réalisés sur l'ADN extrait à partir du sang et/ou de la salive et/ou de la peau qui va m'être prélevé(e).

Cette analyse concerne le diagnostic génétique de .....

Elle se fera par des praticiens agréés dans un laboratoire agréé à cet effet.

J'autorise la conservation d'ADN, de lymphocytes ou de fibroblastes à des fins médicales diagnostiques, dans une biothèque et je demande que le Docteur.....et lui seul assure la responsabilité de l'utilisation actuelle et future de cet échantillon. Aucune utilisation de cet échantillon ne pourra être effectuée sans son autorisation écrite et signée.

Cette analyse peut révéler d'autres affections que celle recherchée chez moi-même. J'en serai informé seulement si elles comportent un bénéfice potentiel, en l'état actuel de nos connaissances ; c'est-à-dire si elles apportent une possibilité de prévention et/ou de traitement pour moi-même ou ma famille.

On m'a expliqué et j'ai compris les enjeux éventuels de ces informations imprévues.

On m'a également expliqué qu'une telle analyse n'est interprétable de façon optimale que si le laboratoire dispose de prélèvements de mes deux parents.

Je donne mon consentement pour ce prélèvement et je garde la liberté de demander à tout moment la destruction du matériel biologique conservé.

Fait à ..... le .....

**Signature du patient**

-----  
**ATTESTATION DE CONSULTATION DE GENETIQUE**  
Je soussigné DR/Pr .....atteste avoir apporté les informations nécessaires à la compréhension de la nature et de la finalité de l'analyse

pour Mr/Mme/Melle.....

Fait à ..... le .....

**Signature du Praticien**

Le formulaire signé est remis au patient, une copie est conservée dans le dossier médical et une copie est envoyée au laboratoire qui effectuera l'analyse.

\* barrer la (ou les) mention(s) inutiles(s)

**Centre Hospitalier Universitaire du Sart Tilman**

Avenue de l'hôpital, 1  
4000 Liège  
Belgique

**Unité de Génétique Humaine**

**Service de Cytogénétique Constitutionnelle – Téléphone : 04 366 25 61**

**Chef de Service : Professeur V. BOURS**

**Docteur M. JAMAR – Docteur F.-G. DEBRAY – Docteur S. GAILLEZ –**

**Docteur G. PIERQUIN – Docteur A. VERLOES**

**CONSENTEMENT EN VUE D'UN EXAMEN A FINALITE MEDICALE DES  
CARACTERISTIQUES GENETIQUES CHEZ UNE PERSONNE MAJEURE SOUS  
TUTELLE / CURATELLE**

Analyse cytogénétique

Analyse moléculaire

Je soussigné(e), Melle, Mme, M. ....

demeurant à.....

tuteur/curateur de .....

reconnais avoir été informé(e) par le Docteur.....

sur la nature et la finalité des examens génétiques qui seront réalisés sur l'ADN extrait à partir du sang et/ou de la salive et/ou de la peau qui va être prélevé(e) chez la personne majeure sous ma tutelle/curatelle.

Cette analyse concerne le diagnostic génétique de .....

Elle se fera par des praticiens agréés dans un laboratoire agréé à cet effet.

J'autorise la conservation d'ADN, de lymphocytes ou de fibroblastes à des fins médicales diagnostiques

dans une biothèque et je demande que le Docteur.....et lui seul assure la responsabilité de l'utilisation actuelle et future de cet échantillon. Aucune utilisation de cet échantillon ne pourra être effectuée sans son autorisation écrite et signée.

Cette analyse peut révéler d'autres affections que celle recherchée chez moi-même. J'en serai informé seulement si elles comportent un bénéfice potentiel, en l'état actuel de nos connaissances ; c'est-à-dire si elles apportent une possibilité de prévention et/ou de traitement pour moi-même ou ma famille.

On m'a expliqué et j'ai compris les enjeux éventuels de ces informations imprévues.

Je donne mon consentement pour ce prélèvement et je garde la liberté de demander à tout moment la destruction du matériel biologique conservé.

Fait à ..... le

.....

**Signature du tuteur/curateur**

-----  
**ATTESTATION DE CONSULTATION DE GENETIQUE**

Je soussigné DR/Pr .....atteste avoir apporté les informations nécessaires à la compréhension de la nature et de la finalité de l'analyse

pour Mr/Mme/Melle.....

Fait à ..... le

.....

**Signature du Praticien**

Le formulaire signé est remis aux parents ou au tuteur/curateur, une copie est conservée dans le dossier médical et une copie est envoyée au laboratoire qui effectuera l'analyse.

\* barrer la (ou les) mention(s) inutiles(s)