

## CONSENTEMENT pour l'examen des CARACTERISTIQUES GENETIQUES d'une personne et la conservation des échantillons dans une banque d'ADN.

<p>IDENTIFICATION du PATIENT</p> <p>Nom : Prénom : Date de naissance : Adresse :</p> <p>Renseignements Mutuelle :</p>	<p>IDENTITE du REPRESENTANT LEGAL (Si mineur ou majeur sous tutelle)</p> <p>Nom : Prénom : Date de naissance : Adresse :</p> <p><input type="checkbox"/> Père    <input type="checkbox"/> Mère    <input type="checkbox"/> Tuteur du patient</p>
---	--

### A COMPLETER PAR LE PATIENT/ REPRESENTANT LEGAL

Je soussigné(e) reconnais avoir été informé(e) par le :  Dr.....  
 Conseiller en génétique : .....

quant à l'examen des caractéristiques génétiques qui sera réalisé à partir :

du (des) prélèvement(s) pratiqué(s) **sur moi-même**  
 du (des) prélèvement(s) pratiqué(s) **sur mon enfant mineur** ou sur le majeur placé sous tutelle

**Pour** (préciser le nom de la pathologie ou l'indication de l'examen réalisé, et sa nature):

Je reconnais avoir reçu l'ensemble des informations permettant la compréhension de cet examen et sa finalité. Le résultat de l'examen me sera rendu et expliqué en l'état actuel des connaissances par le médecin qui me l'a prescrit. Ce dernier m'expliquera les moyens de prise en charge nécessaire le cas échéant.

J'autorise, dans le respect du secret médical :

- La transmission des informations de mon/son dossier médical nécessaires aux médecins concernés par cet examen des caractéristiques génétiques.  OUI  NON
- La conservation d'un échantillon de matériel biologique issu de mes/ses prélèvements et son utilisation ultérieure pour poursuivre les investigations dans le cadre de cette même démarche diagnostique, en fonction de l'évolution des connaissances.  OUI  NON
- La conservation des données utiles à la gestion de la démarche diagnostique et de mon/son dossier dans des bases de données informatiques.  OUI  NON
- l'utilisation des résultats par le médecin prescripteur au profit des membres de ma/sa famille si ces résultats apparaissent médicalement utiles pour eux.  OUI  NON

Des informations génétiques sans lien direct avec ma pathologie mais pouvant avoir un impact sur ma santé ou celle de mes enfants peuvent être révélées (découvertes fortuites). J'ai le choix de souhaiter être ou ne pas être informé de ces résultats.

### DECOUVERTE FORTUITE :

Je souhaite être informé de résultats de l'examen sans lien direct avec la pathologie mais pouvant avoir un impact sur ma/sa santé, ou celle d'apparentés.  OUI  NON

J'ai compris que si une anomalie génétique pouvant être responsable d'une prédisposition ou d'une affection grave était mise en évidence, je devrai permettre la transmission de cette information au reste de ma/sa famille si elle est potentiellement concernée.

J'ai été averti que mon silence pouvait leur faire courir des risques ainsi qu'à leur descendance, dès lors que des mesures de prévention, y compris de conseil génétique ou de soins, peuvent être proposées.

Lors du rendu des résultats, je devrai choisir entre :

- assurer moi-même cette diffusion d'information génétique aux membres de ma/sa famille
- autoriser le médecin prescripteur à cette diffusion d'information génétique aux membres de ma/sa famille.

Dans le cadre de la démarche diagnostique, une partie de mon/son prélèvement peut ne pas être utilisée. Elle peut être importante pour la recherche scientifique. Ainsi, sans que l'on puisse me recontacter :

- j'autorise le stockage de mon/son prélèvement et son utilisation pour la recherche  OUI  NON

J'ai le droit, à tout moment, de retirer mon accord. Dans ce cas, l'excédent des échantillons non encore utilisés sera détruit.

J'ai la possibilité de retirer mon consentement à tout moment sans que cela n'affecte ma prise en charge ou celle de mon enfant.

***Tout consentement non signé empêche la réalisation de l'examen***

Fait à	Le
Nom, prénom et signature du patient ou de son représentant légal :	Signature et cachet du médecin ou du conseiller en génétique :
Signature du patient mineur ou majeur sous tutelle (si possible) :	

#### Autorisation de tester les parents

J'autorise la réalisation d'une analyse génétique sur un échantillon de mon sang dans le but de clarifier les résultats obtenus chez mon enfant, comme recommandé par le Dr .....

Je suis conscient(e) que mon échantillon sera testé uniquement dans le but de faciliter l'interprétation de mutation(s)/variant(s) retrouvé chez mon enfant. Ces données ne seront pas protocolées dans un rapport distinct.

Fait à	Le
Nom, prénom et signature de la mère :	Signature et cachet du médecin ou du conseiller en génétique :
Nom, prénom et signature du père :	
:	

## ATTESTATION DE CONSULTATION du médecin prescripteur ou du conseiller en génétique\*

<p><b>IDENTIFICATION du PATIENT</b></p> <p>Nom : Prénom : Date de naissance : Adresse :</p> <p>Renseignements Mutuelle :</p>	<p><b>IDENTITE du REPRESENTANT LEGAL</b> (Si mineur ou majeur sous tutelle)</p> <p>Nom : Prénom : Date de naissance : Adresse :</p> <p><input type="checkbox"/> Père      <input type="checkbox"/> Mère      <input type="checkbox"/> Tuteur du patient</p>
--	---

Je certifie avoir informé le (ou la) patient(e) sus nommé(e) ou son représentant légal sur les caractéristiques de la maladie recherchée, les moyens de la diagnostiquer, les possibilités de prévention et de traitement, le stockage de son prélèvement, et avoir recueilli le consentement du (ou de la) patient(e) ou de sa tutelle.

Date :

  
  

Signature et cachet du médecin ou du conseiller en génétique :