



**Consentement de prélèvement dans un but d'étude génétique  
et/ou de conservation dans la banque d'ADN  
(personne majeure)**

Je soussigné(e) .....  
demeurant à ..... autorise le  
Docteur ..... à effectuer ou faire effectuer les analyses génétiques qui  
peuvent aider au diagnostic ou à la prévention de la maladie dont je souffre ou que présente un  
membre de ma famille.

Le Docteur m'a expliqué la nature des analyses qui seront effectuées sur mon sang, qu'elles peuvent  
s'étendre sur plusieurs années, et que ce prélèvement sera conservé le temps nécessaire dans la banque  
d'ADN du Centre de Génétique Humaine.

- J'autorise le recueil, la saisie et le traitement de données contenues dans mon dossier médical.  
J'ai été informé(e) que je dispose d'un droit de regard et de rectification à ces diverses  
données. Seul le Docteur ou les personnes mandatées par lui, pourront avoir accès à ces  
informations et procéder aux examens dont il m'a parlé, dans l'objectif auquel j'ai souscrit.
- J'ai été informé sur la convention INAMI qui encadre les consultations de conseil génétique et  
les analyses génétiques.
- J'ai compris que les résultats d'analyses génétiques ne seront transmis ni par téléphone, ni au  
médecin traitant ou au médecin spécialiste avant que je ne me sois présenté personnellement  
en consultation de génétique et je m'engage à venir en consultation de génétique pour la  
remise de mes résultats.
- Impact familial et partage des données avec d'autres membres de la famille : Je comprends  
que les résultats des analyses génétiques peuvent concerner directement d'autres membres de  
ma famille. Ceux-ci pourraient être porteurs d'anomalies génétiques révélées par l'analyse  
prévue et ainsi être atteint de la même maladie, ou présenter un risque génétique important  
et/ou risquer de transmettre une maladie génétique à leurs enfants.
- Avec mon accord, l'ADN éventuellement excédentaire pourra être stocké et utilisé de manière  
anonyme à des fins de recherche.
  - Oui
  - Non

Fait en 2 exemplaires à ....., le .....

Signature et cachet du Médecin

Signature de l'intéressé