



**Groupe Hospitalier
Pitié-Salpêtrière**
47/83 bd de l'Hôpital
75651 Paris Cedex 13

Consultation de Génétique

Tel : 01 42 16 37 98

Fax : 01 42 16 37 59

Fédération de Génétique et Cytogénétique

Tel : 01 42 17 76 47

Fax : 01 42 17 76 18

EXAMEN DES CARACTERISTIQUES GENETIQUES Consentement pour une personne Mineure

*(établi en 3 exemplaires : 1 pour les parents, 1 pour le laboratoire
et 1 à conserver dans le dossier médical)*

Je, soussignée (*Mère : nom, prénom*) née le

Je, soussigné (*Père : nom, prénom*) né le

Certifie avoir reçu du Dr une information compréhensible concernant (*nom de la maladie*)
.....

Nous avons compris qu'une analyse génétique est proposée à notre enfant, à partir d'un prélèvement sanguin (ou d'autre nature). Cette analyse a pour but de déterminer si un de ses gènes ou de ses chromosomes présente une anomalie en rapport avec la maladie citée ci-dessus. Ce prélèvement sanguin ne pourra pas être utilisé pour d'autres études sans notre consentement.

Les résultats de cette analyse nous seront transmis, au cours d'une consultation par le médecin prescripteur. Ils resteront confidentiels et ne pourront être communiqués qu'au(x) médecin(s) que nous désignerons.

Nous avons eu la possibilité de poser toutes les questions que nous souhaitons. Nous avons bien compris les implications possibles du test génétique et nous pourrions obtenir toute information complémentaire auprès du médecin cité ci-dessus.

Nous pouvons à tout moment décider de ne pas poursuivre cette démarche. Les données génétiques et le matériel biologique concernant notre enfant pourront être détruits à notre demande. Dans ce cas, nous en informerons par écrit le médecin désigné ci-dessus. Cette décision ne modifiera en rien la prise en charge médicale de notre enfant.

Nous acceptons que cette analyse génétique soit effectuée chez notre enfant :

Nom, Prénom né(e) le dans le but :

de rechercher une origine génétique à sa maladie (diagnostic étiologique)

d'un diagnostic prédictif (gène/mutation :)

d'une recherche d'hétérozygotie pour une maladie récessive ou liée à l'X (gène/mutation :)

Nous acceptons, que ses résultats soient utilisés pour faciliter la réalisation de tests génétiques chez les membres de notre famille qui en feraient la demande. OUI NON

Nous acceptons que les échantillons biologiques soient conservés et utilisés à des fins de recherche médicale, dans le cadre de la maladie désignée ci-dessus, sans limitation de temps. OUI NON

Fait à le

Signature de la Mère :

Signature de l'Enfant (*facultatif*) :

Signature du Père :

Signature du Médecin :

Les dispositions réglementaires concernant ce consentement sont décrites dans l'article R1131-4 du Code de Santé Publique.

Nous vous rappelons que les données vous concernant peuvent faire l'objet d'un traitement informatique et sont protégées par les dispositions de la loi «informatique et libertés » (Loi n°78-17 du Janvier 1978, modifiée). Vous disposez à tout moment d'un droit d'accès et de rectification

Date de création : Janv 2006