

G.H.E	BIO-34425-1-C-ENR-CONSMIN-2010-10-22	ENREGISTREMENT	
C.B.P.E		Norme 15189	5.4
Cardiopathies Héréditaires à risque de Mort Subite	Consentement mineur ou majeur sous tutelle	Date d'application	20/09/2010
		Date de révision	20/09/2012
		Page	

**Laboratoire de Cardiogénétique Moléculaire
Troubles du rythme et Cardiomyopathies**

HOSPICES CIVILS DE LYON

Centre de Biologie et Pathologie EST
Groupement Hospitalier EST
59 Boulevard Pinel - 69677 BRON CEDEX

Tél : 0472129586 ou 0472129674
Fax : 0427855900

Professeur Robert ROUSSON

[robert.rousseau@chu-lyon.fr]

Docteur Gilles MILLAT

[gilles.millat@chu-lyon.fr]

**FORMULAIRE DE CONSENTEMENT POUR ETUDE GENETIQUE A FINALITE MEDICALE
- MINEUR OU MAJEUR SOUS TUTELLE -**

Je soussigné (e) (nom, prénom):.....
Né (e) le :.....
Certifie avoir reçu du Dr une information compréhensible concernant (nom de la maladie).....

J'ai compris qu'une analyse génétique était proposée à mon enfant ou à un majeur dont j'ai la tutelle..... à partir d'un prélèvement sanguin (ou d'autre nature). Cette analyse a pour but de déterminer si un de ses gènes présente une anomalie en rapport avec la maladie citée ci-dessus. Je reconnais avoir bien compris le but de ce prélèvement grâce aux informations qui m'ont été données.

En conséquence, je donne mon consentement pour que ce prélèvement soit effectué et pour que les informations médicales qui en seront tirées me soient transmises au cours d'une consultation par le médecin prescripteur. Ces informations resteront confidentielles et ne pourront être communiqués qu'au(x) médecin(s) que je désignerai.

J'ai bien compris que je peux à tout moment décider de ne pas poursuivre cette démarche. Les données génétiques et le matériel biologique concernant mon enfant ou le majeur dont j'ai la tutelle pourront alors être détruits suite à une demande écrite adressée au médecin désigné ci-dessus.

J'accepte, que les résultats soient utilisés pour faciliter la réalisation de tests génétiques chez les membres de ma famille qui en feraient la demande.

- OUI
 NON

Après cet examen, il est possible qu'une partie du prélèvement reste inemployée. Nous autorisez-vous à utiliser cette partie inemployée dans une finalité de recherche ?

- OUI DE FACON NOMINATIVE pour que je puisse être informé (e) si des résultats sont obtenus sur mon prélèvement
 OUI DE FACON ANONYME et je ne pourrai pas être informé (e) des résultats obtenus sur mon prélèvement
 NON

Dans tous les cas, votre anonymat sera préservé par le secret médical.

J'ai bien compris que vous étiez libre d'accepter ou de refuser le stockage du prélèvement dans le but de recherche et que quelque soit votre décision, cela n'aurait aucune conséquence sur la qualité des soins dont vous bénéficiez.

Fait le : à :

Signature du Patient

Signature du Médecin