



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

Article 16-10 du Code civil et articles L. 1131-1-2 et L1111-2 du code de la Santé Publique,
L6211-2, R. 1131-4/5 modifiés selon la Loi de Bioéthique.
Arrêté du 27 mai 2013. Recommandations de BP HAS « délivrance de l'information à la
personne sur son état de santé » mai 2012

Identification
patient prélevé
(étiquette)

Je soussigné(e), Nom JF :

patient majeur parent ou responsable de :

Nom : Prénom :

Né (e) le.....

Déclare avoir été informé par le Docteur..... ou la Conseillère

en Génétique..... (sous la responsabilité du Dr))

- de la finalité, des limites et du degré de fiabilité du test,
- des spécificités de la maladie recherchée et des moyens de la détecter,
- des possibilités de prévention, de traitement, de diagnostic prénatal
- des conséquences familiales du résultat de l'examen des caractéristiques génétiques,
- du risque éventuel d'identification de caractéristiques génétiques sans relation directe avec la prescription. J'en serai informé uniquement si ces informations comportent un bénéfice direct pour ma personne ou ma famille en l'état actuel des connaissances, comme par exemple une possibilité de prévention et / ou de traitement.

Ces examens seront réalisés par des praticiens agréés dans un laboratoire autorisé à cet effet.

Les résultats me seront rendus par le médecin désigné ci-dessus.

Accepte que soient réalisés sur ma personne mon enfant la personne sus nommée

Nature du test

Indication du test

■ Je souhaite / je ne souhaite pas (1) connaître les résultats le jour où cette étude aboutira. Les résultats de l'analyse me seront transmis et expliqués par le médecin qui me l'a prescrite.

■ J'accepte que du matériel biologique soit conservé pour d'éventuelles analyses ultérieures dans le cadre de cette affection. Je garde la liberté de demander à tout moment la destruction du matériel biologique conservé.

■ J'autorise / je n'autorise pas (1) la conservation et l'utilisation de manière anonyme à des fins de recherche médicale des échantillons biologiques prélevés.

Conformément à la loi « informatique et libertés », les données contenues dans mon dossier médical peuvent faire l'objet d'un traitement informatique et sont protégées par ces dispositions (Loi n°78-17 de janvier 1978, modifiée). Vous disposez à tout moment d'un droit d'accès et de rectification.

Fait à Saint-Priest en Jarez le..... Signature

(1) rayer la mention inutile.

ATTESTATION DE CONSULTATION MEDICALE

Je soussigné(e), DrOu la Conseillère en Génétique

..... (sous la responsabilité du Dr.....)

certifie avoir reçu en consultation ce jour Monsieur/Madame/L'enfant

et avoir apporté les informations définies selon les articles L1111-2, L1131-1.2, R1131-5 du code de la santé publique (caractéristiques de la maladie recherchée, moyens de la détecter, degré de fiabilité des analyses, possibilités de prévention et de traitement, modalités de transmission génétique de la maladie recherchée, possibles conséquences chez d'autres membres de sa famille), et avoir recueilli le consentement éclairé conformément aux articles R. 1131-4 du Code de la Santé Publique.

Fait à Saint-Priest en Jarez, le.....

Signature du Médecin
ou de la Conseillère en Génétique