



# Consentement pour l'examen des CARACTERISTIQUES GENETIQUES d'une personne et la conservation d'échantillons dans un Centre de Ressources Biologiques

Conformément à l'application du décret 2008-321, à l'arrêté du 27 mai 2013 et aux lois de bioéthiques 2011-814 et 2004-800

<b>IDENTIFICATION du PATIENT</b> (étiquette ou nom, prénom et date de naissance)	<b>IDENTITE du REPRESENTANT LEGAL</b> (si patient mineur ou majeur sous tutelle) <b>Nom :</b> _____ <b>Prénom :</b> _____ <b>Lien avec le patient :</b> _____
-------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Je soussigné(e) reconnais avoir été informé(e) par le :

- Dr.....
- Conseiller en génétique .....sous la responsabilité du Dr.....et par délégation de celui-ci

quant à l'examen des caractéristiques génétiques qui sera réalisé à partir du (des) prélèvement(s) pratiqué(s):

- Sur moi-même
- Sur mon enfant mineur ou sur la personne majeure placée sous tutelle

Pour : (préciser obligatoirement 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 nécessaires le cas échéant.

**\*Je souhaite être informé(e) du résultat de l'examen réalisé** oui  non

**\*J'autorise, dans le respect du secret médical :**

- La transmission des informations de mon/son dossier médical nécessaires aux médecins concernés par cet examen. 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 déclarées à la CNIL. 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. 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. Ainsi, 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.

D'ores-et-déjà, j'autorise, dans le respect du secret médical, 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/sa pathologie mais pouvant avoir un impact sur ma/sa santé ou celle de mes apparentés peuvent être révélées. Je souhaite que mon/son médecin me tienne informé(e) oui  non

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

**\*J'autorise le stockage d'échantillons issus de mon/son prélèvement et leur utilisation pour la recherche** oui  non

Conformément aux dispositions de la loi relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, je dispose d'un droit d'opposition, d'accès et de rectification par l'intermédiaire du Dr.....

*Les items comportant un astérisque (\*) doivent être obligatoirement renseignés pour permettre la réalisation de l'examen*

<b>Fait à :</b>	<b>Nom, prénom et signature du patient ou de son représentant légal :</b>
<b>Le :</b>	Et si possible signature du patient mineur ou majeur sous tutelle

### Attestation de consultation

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 dans les conditions prévues par le code de la santé publique (articles R1131-4 et 5)	<b>Date :</b> _____ <b>Signature et cachet du médecin ou du conseiller en génétique</b> sous la responsabilité du Dr.....et par délégation de celui-ci :
------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Imprimé le 03/10/2022