ATTESTATION DE CONSULTATION ET CONSENTEMENT EN VUE D'UN EXAMEN DES CARACTERISTIQUES GENETIQUES D'UNE PERSONNE

1. Faire parvenir une copie à envoyer au Laboratoire avec le prélèvement
2. Conserver une copie dans le dossier médical

Attestation de consultation individuelle

Conformément aux conditions définies par les articles R.1131-4 et R.1131-5 du décret n° 2008-321 du code de la santé publique :

Je soussigné, Docteur....., certifie avoir reçu en consultation ce jour le (la) patient(e) sous-nommé(e) , lui avoir apporté(e) les informations nécessaires sur les caractéristiques de la maladie recherchée, des moyens de la détecter, des possibilités de prévention et de traitement et avoir recueilli son consentement éclairé.
Fait à ....., le _ _ / _ _ / _ _ _ _

Signature du médecin :	Coordonnées ou tampon :

Consentement pour la réalisation d'examens des caractéristiques génétiques d'une personne

Conformément aux conditions définies par les articles R.1131-4 et R.1131-5 du décret n° 2008-321 du code de la santé publique :

Je soussigné(e) ..... né(e) le _ _ / _ _ / _ _ _ _
Demeurant à .....
Atteste avoir reçu du Docteur ..... les informations sur les examens des caractéristiques génétiques qui seront réalisés afin :

- ☐ de confirmer ou d'infirmer le diagnostic d'une maladie génétique en relation avec mes symptômes ;
- ☐ de confirmer ou d'infirmer le diagnostic pré-symptomatique d'une maladie génétique ;
- ☐ d'identifier un statut de porteur sain dans le cas d'une enquête familiale (recherche d'hétérozygote ou d'un remaniement chromosomique)
- ☐ d'évaluer ma susceptibilité génétique à une maladie ou à un traitement médicamenteux.

Pour cela, **je consens** :

- ☐ au prélèvement qui sera effectué chez moi
- ☐ au prélèvement qui sera effectué chez mon enfant mineur ou une personne majeure sous tutelle : ..... né(e) le _ _ / _ _ / _ _ _ _
- ☐ au prélèvement qui sera effectué chez mon fœtus mort

Si une partie du prélèvement reste inutilisée après examen,

- ☐ je consens à ce qu'il puisse être intégré, le cas échéant, à des fins de recherche scientifique. Dans ce cas, l'ensemble des données médicales me concernant seront protégées grâce à une anonymisation totale. En conséquence, je suis conscient que ces études scientifiques effectuées seront sans aucun bénéfice ni préjudice pour moi.

Signature du patient adulte ou du représentant légal de l'enfant mineur ou du tuteur légal de l'adulte sous tutelle :

Laboratoire de Génétique Laborizon CENTRE ~ Docteurs Mélanie JIMENEZ-POCQUET, Agathe PAUBEL
3 et 19 rue Pr. Alexandre Minkowski - 37170 CHAMBRAY-LES-TOURS
Tel : 02 47 74 35 90 - Fax : 02 47 74 65 12
Mail : cytogenetique.abo@biogroup.fr - biologiemoleculaire.abo@biogroup.fr