

**Consentement pour la réalisation
d'examens des caractéristiques génétiques**

Conformément aux articles R 1131-4 et R 1131-5 du code de la santé publique (décret n°2008-321 du 4 avril 2008)

3 exemplaires : l'original à remettre au patient, 1 copie à envoyer au Laboratoire avec le prélèvement, 1 copie à conserver dans le dossier médical

<p>IDENTIFICATION DU PATIENT :</p> <p>NOM :</p> <p>Prénom :</p> <p>NOM de jeune fille :</p> <p>Date de naissance : Sexe :</p> <p><input type="checkbox"/> Mineur <input type="checkbox"/> Majeur</p>	<p>IDENTITE du (des) TITULAIRES DE L'AUTORITE PARENTALE pour un MINEUR ou du TUTEUR LEGAL (mineur ou majeur*)</p> <p>Père (nom, prénom), né le</p> <p>Mère (nom, prénom), née le</p> <p>Autre (nom, prénom), né(e) le</p> <p>Lien de parenté :</p>
---	---

Je soussigné(e) M....., né(e) le

Reconnais avoir reçu par le Dr..... les informations sur les examens des caractéristiques génétiques qui seront réalisés afin :

- de confirmer ou d'infirmier le diagnostic d'une maladie génétique en relation avec mes symptômes
- de confirmer ou d'infirmier le diagnostic pré-symptomatique d'une maladie génétique
- d'identifier un statut de porteur sain (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 :

- à me faire prélever
- à faire prélever mon enfant mineur ou une personne majeure sous tutelle
- à faire prélever mon fœtus mort

Je suis informé(e) que les résultats de l'examen des caractéristiques génétiques me seront transmis par le Docteur susnommé dans le cadre de consultation individuelle.

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 ne seront sans aucun bénéfice ni préjudice pour moi.

Fait à....., le

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

ATTESTATION DE CONSULTATION MEDICALE INDIVIDUELLE

Préalable à la réalisation des examens des caractéristiques génétiques d'une personne et de son identification par empreintes génétiques à des fins médicales

Je soussigné(e) Dr....., conformément aux articles R.1131-4 et R. 1131-5 du code de la santé publique, certifie avoir reçu en consultation ce jour le(la) patient(e) susnommé(e) afin de lui apporter les informations sur les caractéristiques de la maladie recherchée, des moyens de la détecter, des possibilités de prévention et de traitement.

Fait à, le

Signature et tampon du médecin