Attestation de consultation et Consentement

en vue d'un examen des caractéristiques génétiques d'une personne

(en référence au décret n° 2008-321 du 4 avril 2008 et n°2013-527 du 20 juin 2013 - arrêté du 27 mai 2013)

• 1 copie à envoyer au laboratoire avec le prélèvement

• 1 copie à conserver dans le dossier médical

ATTESTATION DE CONSULTATION MÉDICALE 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 ..... Docteur en Médecine,

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) sous-nommé(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

CONSENTEMENT POUR LA RÉALISATION D'EXAMENS DES CARACTÉRISTIQUES GÉNÉTIQUES D'UNE PERSONNE

Conformément aux articles R.1131-4 et R.1131-5 du code de la santé publique

Je soussigné(e) ..... né(e) le |__|__|__|__|__|__|__|__|,

Demeurant à : .....

~ Reconnais avoir reçu par le Dr ..... 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 (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.
- ☐ au prélèvement qui sera effectué chez mon foetus.

~ Je suis informé(e) que les résultats de l'examen des caractéristiques génétiques me seront transmis par le Docteur sus-nommé dans le cadre d'une consultation individuelle. Si l'examen révèle des résultats autres que ceux recherchés, le Docteur sus-nommé déterminera la conduite à tenir lors d'une consultation individuelle.

☐ j'autorise, dans le cadre 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.

~ 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(e) 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: