

CONSENTEMENT EN VUE D'UN EXAMEN DES CARACTÉRISTIQUES GÉNÉTIQUES

(décret n°2008-321 du 4 avril 2008 - arrêté du 27 mai 2013)

Original à conserver dans le dossier médical

1 copie à joindre au prélèvement

Conformément aux articles 1131-4 et 1131-5 du code de la Santé Publique

Je soussigné(e) M..... né(e) le.....

reconnais avoir été informé(e) par le Dr..... de

la nature des examens des caractéristiques génétiques qui seront réalisés :

- chez moi-même
- chez mon enfant mineur (nom) :né(e) le : .../.../....
- Chez la personne majeure sous tutelle (nom) :
né(e) le : .../.../....

Ces analyses génétiques entreprises auront pour objectif :

- d'aider au diagnostic éventuel de la maladie/du syndrome :
.....
- d'aider au conseil génétique
- de réaliser une étude familiale

Le résultat me sera rendu et expliqué par le médecin qui me l'a prescrit.

Je donne mon consentement pour ce prélèvement et sa conservation et je reconnais avoir reçu l'ensemble des informations concernant la maladie recherchée et les examens demandés. J'ai compris la finalité de cet acte biologique pour moi-même et pour les membres de ma famille potentiellement concernés.

En fonction de l'évolution des connaissances sur les causes de la maladie, j'accepte que d'autres analyses génétiques puissent être faites sur ce prélèvement.

À tout moment, je pourrai demander la destruction des échantillons conservés au laboratoire.

Fait à....., le.....



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



Signature et Tampon du prescripteur