

Consentement pour l'examen des caractéristiques génétiques d'une personne et la conservation des échantillons dans une banque ADN ou un centre de ressources biologiques

(Conformément à l'arrêté du 27 Mai 2013 et au décret 2013-527 du 20 Juin 2013 relatifs à la loi 2011-814 du 7 Juillet 2011)

- 1 copie à adresser au laboratoire avec le prélèvement

- 1 copie à remettre au patient

- 1 copie à conserver dans le dossier médical

IDENTIFICATION DU PATIENT (Etiquette + adresse)	REPRESENTANTS LEGAUX (Patient mineur/majeur sous tutelle)
NOM	NOM – PRENOM - DDN :
PRENOM	
DDN	NOM – PRENOM - DDN :
ADRESSE	
	<input type="checkbox"/> PÈRE <input type="checkbox"/> MÈRE <input type="checkbox"/> TUTEUR

Je soussigné(e) reconnais avoir été informé(e) par le **Pr / Dr**

ou le **Conseiller en génétique**

en délégation du **Pr / Dr**

quant à l'examen des caractéristiques génétiques qui sera réalisé à partir:

Du (des) prélèvement(s) réalisé(s) sur moi-même

Du (des) prélèvement(s) réalisé(s) 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.
- **Je donne mon consentement** pour la réalisation de ces analyses, mais à tout moment je peux demander que l'étude génétique soit interrompue ou que les résultats ne me soient pas communiqués.
- **J'autorise** le recueil, la saisie et le traitement informatique des données médicales nécessaires à cet examen.
- **J'autorise** la conservation (banque ADN ou Centre de Ressources Biologiques) du matériel biologique issu du prélèvement, mais à tout moment je peux en demander la destruction. Dans ce cas, j'en informerai le médecin désigné ci-dessus.
- **Pour notre enfant mineur**, lorsqu'il atteindra sa majorité ou qu'il sera apte à exprimer sa volonté, nous l'informerons du fait que ces prélèvements sont conservés dans le centre des ressources biologiques (CRB). Il pourra alors à tout moment se mettre en rapport avec le responsable du CRB et demander qu'il soit mis fin à la conservation.
- **Le résultat est confidentiel**, il me sera rendu et expliqué en consultation par le médecin qui l'a prescrit.
- **Je suis informé(e)** que si une anomalie génétique responsable d'une prédisposition ou d'une affection grave était mise en évidence, je devrai permettre la transmission de cette information aux apparentés potentiellement concernés (Article L1131-1-2). 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 je devrai choisir entre :
 - *assurer moi-même la diffusion de l'information*
 - *demander au médecin prescripteur de diffuser l'information génétique auprès des apparentés potentiellement concernés*

- | | |
|--|-------------------------------------|
| - J'accepte, si le diagnostic restait en suspens, l'utilisation ultérieure des échantillons biologiques pour d'autres analyses génétiques à visée diagnostique en fonction des progrès et des connaissances. | <input type="checkbox"/> NON |
| - Si l'analyse réalisée révèle une caractéristique génétique sans lien avec l'indication de la prescription et que ces résultats peuvent avoir une conséquence pour ma santé, celle de mon enfant mineur ou de la personne dont je suis tuteur, je souhaite en être informé. | <input type="checkbox"/> NON |
| - J'accepte que mes échantillons biologiques soient conservés et utilisés à des fins de recherche médicale sur le Campus de l'hôpital universitaire Necker Enfants Malades, dans le cadre de ma maladie ou celle de mon enfant, ainsi que la saisie des données médicales anonymisées dans les conditions fixées par la loi. | <input type="checkbox"/> NON |

Fait à :	Signature du patient ou de ses représentants légaux
Le :	

ATTESTATION DU MEDECIN PRESCRIPTEUR

<p>Je certifie avoir informé le (ou la) patient(e) sus nommé(e) ou son tuteur 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 son consentement dans les conditions prévues par le code de la santé publique (articles R1131-4 et 5)</p>	<p>Signature et cachet du médecin ou du conseiller en génétique</p>
--	--