

EXAMEN DES CARACTERISTIQUES GENETIQUES

CONSENTEMENT POUR UNE PERSONNE MINEURE OU INCAPABLE MAJEURE

Je soussignée (Mère : nom, prénom).....née le.....

Je soussigné (Père : nom, prénom)..... né le

Je soussigné (Tuteur : nom, prénom).....né le

Certifie avoir reçu du Dr(nom, prénom) une information compréhensible concernant (nom de la maladie).....

Nous avons compris qu'une analyse génétique est proposé à notre enfant, à partir d'un prélèvement sanguin (ou d'autre nature). Cette analyse a pour but de déterminer si un de ses gènes ou de ses chromosomes présente une anomalie en rapport avec la maladie citée ci-dessus. Les résultats de cette analyse nous seront transmis, au cours d'une consultation par le médecin prescripteur. Ils resteront confidentiels et ne pourront être communiqués qu'au(x) médecins(s) que nous désignerons.

Nous avons bien compris les implications possibles du test génétique et nous pourrions obtenir toute information complémentaire auprès du médecin ci-dessus.

Nous pouvons à tout moment décider de ne pas poursuivre cette démarche. Les données génétiques et le matériel biologique concernant notre enfant pourront être détruits à notre demande. Dans ce cas, nous en informerons par écrit le médecin désigné ci-dessus.

Nous acceptons que cette analyse génétique soit effectuée chez notre enfant :

Nom, Prénomné(e) le.....dans le but :

- de rechercher une origine génétique à sa maladie (diagnostic étiologique)
- d'un diagnostic prédictif (gène/mutation :))
- d'identifier un statut de porteur sain (gène/mutation :))

Cette analyse peut révéler des anomalies génétiques sans lien avec la pathologie recherchée chez notre enfant. Nous en serons informés par le médecin prescripteur si elles comportent un bénéfice direct, en l'état actuel de nos connaissances ; c'est-à-dire si elles apportent une possibilité de prévention et/ou de traitement pour notre enfant ou notre famille.

On nous a expliqué et nous avons compris les enjeux éventuels de ces informations imprévues.

Nous acceptons que ces résultats soient utilisés pour faciliter la réalisation de tests génétiques chez les membres de notre famille qui en feraient la demande. OUI NON

Nous acceptons que les échantillons biologiques soient conservés et utilisés à des fins de recherche médicale, dans le cadre de la maladie désignée ci-dessus, sans limitation de temps. OUI NON

Fait à.....le.....

Signature de la mère :

Signature du père :

Signature de l'enfant (facultatif) ou de la personne sous tutelle

Nous vous rappelons que les données vous concernant peuvent faire l'objet d'un traitement informatique et sont protégées par les dispositions de la loi « informatique et libertés ». Vous disposez à tout moment d'un droit d'accès et de rectification

ATTESTATION

Je certifie avoir informé le patient sus nommé ou son représentant légal sur les caractéristiques de la maladie recherchée, les moyens de la diagnostiquer, les possibilités de prévention et de traitement.

Signature du Médecin et tampon :

EXAMEN DES CARACTERISTIQUES GENETIQUES
CONSENTEMENT POUR UNE PERSONNE MAJEURE

Je soussigné(e) (nom, prénom).....
né(e) le.....
Certifie avoir reçu du Dr(nom, prénom) une information compréhensible
concernant (nom de la maladie).....

J'ai compris qu'une analyse génétique m'est proposée à partir d'un prélèvement sanguin (ou d'autre nature). Cette analyse a pour but de déterminer si un de mes gènes ou de mes chromosomes présente une anomalie en rapport avec la maladie citée ci-dessus.

Les résultats de cette analyse me seront transmis, au cours d'une consultation par le médecin prescripteur. Ils resteront confidentiels et ne pourront être communiqués qu'au(x) médecin(s) que je désignerai.

J'ai eu la possibilité de poser toutes les questions que je souhaitais. J'ai bien compris les implications possibles du test génétique et je pourrai obtenir toute information complémentaire auprès du médecin ci-dessus.

Je peux à tout moment décider de ne pas poursuivre cette démarche. Les données génétiques et le matériel biologique me concernant pourront être détruits à ma demande. Dans ce cas, j'en informerai par écrit le médecin désigné ci-dessus.

J'accepte que cette analyse génétique soit effectuée dans le but :

- de rechercher une origine génétique à ma maladie (diagnostic étiologique)
- d'un diagnostic prédictif (gène/mutation :)
- d'identifier un statut de porteur sain (gène/mutation :)

Cette analyse peut révéler des anomalies génétiques sans lien avec la pathologie recherchée chez moi-même. J'en serai informé par le médecin prescripteur si elles comportent un bénéfice direct, en l'état actuel de nos connaissances ; c'est-à-dire si elles apportent une possibilité de prévention et/ou de traitement pour moi-même ou ma famille.

- On m'a expliqué et j'ai compris les enjeux éventuels de ces informations imprévues.

J'accepte que mes résultats soient utilisés pour faciliter la réalisation de tests génétiques chez les membres de ma famille qui en feraient la demande. OUI NON

J'accepte que mes échantillons biologiques soient conservés et utilisés à des fins de recherche médicale, dans le cadre de la maladie désignée ci-dessus, sans limitation de temps. OUI NON

Fait à.....le.....

Signature du patient :

Nous vous rappelons que les données vous concernant peuvent faire l'objet d'un traitement informatique et sont protégées par les dispositions de la loi « informatique et libertés ». Vous disposez à tout moment d'un droit d'accès et de rectification

ATTESTATION

Je certifie avoir informé le patient sus nommé sur les caractéristiques de la maladie recherchée, les moyens de la diagnostiquer, les possibilités de prévention et de traitement.

Signature du Médecin et tampon :