

**Attestation du prescripteur**

Je soussigné(e), Docteur .....  
ou Conseiller en génétique .....  
sous la responsabilité du Docteur .....

atteste avoir vu en consultation le patient ci-nommé et  
avoir apporté conformément aux dispositions de l'article  
R1131-4 et 5 du Code de la Santé Publique, les  
informations suivantes :

- les caractéristiques de la maladie ou du risque recherché
- les possibilités de prévention et de traitement
- les moyens de détecter la maladie
- le degré de fiabilité des analyses
- le risque éventuel d'identification de caractéristiques génétiques sans relation directe avec la prescription
- les modalités du compte rendu et des délais probables
- les conditions d'information de la parentèle en cas d'anomalie génétique identifiée

Fait à ....., le .....

**Signature :**

et autorise la réalisation d'un examen des caractéristiques génétiques, effectuée par un laboratoire autorisé, qui peut aider au diagnostic ou à la prévention de la (ou des) maladie(s) suivante(s), ou signe(s) clinique(s) suivant(s) :

.....  
.....

**Son résultat est confidentiel et me sera rendu et expliqué en consultation par le prescripteur.**

**J'autorise** le recueil, la saisie, le traitement informatique et la conservation des données médicales liées à cet examen.

**J'ai compris** que si une anomalie génétique pouvant être responsable d'une prédisposition ou d'une affection grave était mise en évidence, je devrai permettre la transmission de cette information au reste de ma/sa famille. 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.

**Je souhaite** être informé(e) du résultat de l'examen.

OUI  NON

**J'autorise** la conservation éventuelle des échantillons au laboratoire pour compléter l'étude génétique entreprise en fonction d'éventuels progrès scientifiques sur cette maladie, et de la possibilité de m'opposer à cette conservation en le signifiant au médecin à tout moment.

OUI  NON

**J'accepte** que ces résultats soient utilisés par le médecin prescripteur au profit des membres de ma/sa famille s'ils apparaissent médicalement utiles pour eux.

OUI  NON

En cas d'identification de caractéristiques génétiques sans relation directe avec la prescription, **je souhaite** en être informé(e), si en l'état actuel des connaissances, ces résultats peuvent avoir une conséquence pour la santé.

OUI  NON

Une fois l'analyse terminée, **j'autorise le stockage, la conservation et l'utilisation des prélèvements et des données médicales au laboratoire pour le diagnostic et la recherche.** Dans ce cas, l'ensemble des données sera protégé par une anonymisation totale, en conformité avec le RGPD.

OUI  NON

Fait à ..... le .....

**Signature :**

**Consentement du patient**

A la suite de la consultation prévue à l'article L1131-1 du Code de la Santé Publique, je soussigné(e) :

Nom : .....

Prénom : .....

né(e) le : \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

reconnais avoir reçu les informations sur les examens de génétique proposés :

- pour moi-même
- pour mon fœtus
- pour mon enfant mineur ou une personne majeure sous tutelle :
- pour mon apparenté hors d'état d'exprimer sa volonté (article L1130-3 et L1130-4) :
- pour mon apparenté décédé (article L1130-4) :

Nom : .....

Prénom : .....

né(e) le : \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

lien de parenté : .....