CENTRE HOSPITALIER REGIONAL ET UNIVERSITAIRE DE NICE

LABORATOIRE D'ONCOHEMATOLOGIE
Pr. SD RAYNAUD
Hôpital Pasteur
30 voie Romaine
06002 NICE CEDEX
Tél. 04 920 38877 Fax. 04 920 38879

CONSENTEMENT DE PRELEVEMENT DANS UN BUT D'ETUDE GENETIQUE ET/OU CONSERVATION DANS BANQUE D'ADN ET/OU ARN

Je soussigné(e)……..
Autorise le Docteur ……à faire exécuter à partir du prélèvement réalisé ce jour / le……*,
Sur ma personne ou celle de mon enfant*, ……..
les analyses chromosomiques (étude du caryotype) et/ou moléculaires (étude de l'ADN et/ou de l'ARN) qui peuvent aider au diagnostic, à la surveillance, la prévention ou la connaissance de la maladie qui motive la présente consultation.
Le Docteur……m'a informé(e) de la nature de ces analyses, notamment le fait qu'elles peuvent ne pas aboutir rapidement et nécessiter des analyses complémentaires, voire la pratique d'un autre prélèvement, qu'elles peuvent ainsi s'étendre sur des délais relativement longs et que le prélèvement, ou les produits de celui-ci, seront conservés tout le temps nécessaire.
Le Docteur…… m'a informé(e) de la portée de ces analyses, notamment en ce qui concerne les caractéristiques de la maladie recherchée, des moyens de la détecter et des possibilités de traitement.
J'autorise le recueil, la saisie et le traitement des données contenues dans mon dossier médical en toute confidentialité. J'ai été informé(e) que, conformément aux dispositions de la loi n°78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, je dispose d'un droit d'accès et de rectification par l'intermédiaire du médecin que je désignerai à cet effet.
Je demande/refuse* que les résultats des analyses menées me soient communiqués et expliqués par le Docteur……qui les a prescrites. Je pourrai à tout moment réviser ma position à cet égard et, si je le désire, demander que le prélèvement qui m'a été fait ou les produits de celui-ci me soient restitués.

Fait à ……..., le ……..……, en double exemplaire dont un remis à l'intéressé(e).

CHU de NICE PASTEUR
Département d'Hématologie
Biologique
Pr. RAYNAUD
30, Voie Romaine
06002 NICE Cedex 1

Signature de l'intéressé(e)

Signature et nom du praticien

* : rayer la mention inutile et compléter éventuellement