



**Consultation de Génétique**

Tél : 01 42 16 13 46 / Fax : 01 42 16 13 64

**Centre de Génétique Moléculaire et Chromosomique**

Tél : 01 42 17 76 47 / Fax : 01 42 17 76 18

(établi en 3 exemplaires : 1 pour l'intéressé,  
1 pour le laboratoire, 1 pour le dossier médical)

<p><b>IDENTIFICATION DU PATIENT</b></p> <p>NOM :</p> <p>Prénom :</p> <p>NOM de jeune fille :</p> <p>Date de Naissance :</p> <p><input type="checkbox"/> mineur                      <input type="checkbox"/> majeur</p>	<p><b>IDENTITÉ du(des) TITULAIRE(S) de L'AUTORITÉ PARENTALE pour un MINEUR ou du TUTEUR LÉGAL (pour un MINEUR ou pour un MAJEUR)*</b></p> <p>Père (nom, prénom) ..... , né le.....</p> <p>Mère (nom, prénom)..... , née le.....</p> <p>Autre (nom, prénom) ..... , né le.....</p> <p>Lien de parenté :</p>
---	--

- Je(nous) soussigné(e)s certifie(certifions) avoir reçu du Dr ..... une information compréhensible concernant l'examen des caractéristiques génétiques à des fins médicales qui sera réalisé par des actes de cytogénétique et/ou génétique moléculaire (ci-après désignés par "analyse") à partir du(des) prélèvement(s) effectué(s) chez moi / chez mon enfant mineur/ chez.....\*, dans le cadre de :

**À remplir par le médecin prescripteur (Senior obligatoire)**

Contexte pathologique :

Cette analyse est effectuée dans le but de (une seule case à cocher) :

- rechercher une origine génétique à la maladie (diagnostic étiologique)
- proposer un diagnostic prédictif (gène/mutation : .....)
- rechercher une hétérozygotie pour une maladie récessive ou liée à l'X (gène/mutation : .....)
- Autre :.....

- Je(nous) donne(donnons) mon(notre) consentement pour ce prélèvement et cette analyse ; j'ai compris que cette analyse a pour but de déterminer si un (ou plusieurs) de mes gènes ou de mes chromosomes présente(nt) une (ou plusieurs) anomalie(s) en rapport avec la pathologie citée ci-dessus. Conformément aux articles R1131-4 et R1131-5 du Code de la santé publique, je reconnais avoir reçu l'ensemble des informations permettant la compréhension de cette analyse et sa finalité. J'ai eu la possibilité de poser toutes les questions que je souhaitais et je pourrai obtenir toute information complémentaire auprès du médecin désigné 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. Cette décision ne modifiera en rien ma prise en charge médicale.
- Les résultats de cette analyse, commentés et signés par un praticien responsable agréé conformément à l'article R1131-19 du code de la santé publique, me seront transmis par le médecin prescripteur au cours d'une consultation. Ils resteront confidentiels et ne pourront être communiqués qu'au(x) médecin(s) que je désignerai.
- Au cas où cette analyse pourrait révéler d'autres affections que celle recherchée, je n'en serai informé(e) que si cela comporte un bénéfice direct pour moi, en l'état actuel des connaissances à ce jour.
- J'ai compris que les résultats de l'analyse pourront amener à préconiser un bilan au sein de ma famille, et que les modalités d'information de la famille devront être précisées à l'issue de la consultation de rendu de résultat (Article L1131-1 du code de la santé publique).
- 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.  
Si vous refusez, cochez ici :                       NON
- J'accepte que mes échantillons biologiques soient conservés et utilisés à des fins de recherche médicale, dans le cadre de ma pathologie, de même que la saisie de données médicales anonymisées, dans les conditions fixées par la loi.  
Si vous refusez, cochez ici :                       NON

Fait à ....., le .....

Signature du patient/ des titulaires de l'autorité parentale/ du tuteur \*

Signature du médecin (Senior obligatoire)

\* Rayer la(les) mention(s) inutile(s)

**ATTESTATION DU MÉDECIN PRESCRIPTEUR (Senior obligatoire)**

Je soussigné (e) ..... Docteur en Médecine, certifie avoir informé le(les) personne(s) sus-nommée(s) des caractéristiques de la maladie recherchée, des moyens de la détecter, du degré de fiabilité des analyses, des possibilités de prévention et de traitement, des modalités de transmission génétique et leurs possibles conséquences chez d'autres membres de sa famille et avoir recueilli son(leur) consentement dans les conditions du code de la santé publique (articles n°R1131-4 et 5) et de l'article 16-10 du Code Civil.

Signature :

Cachet :