



**CENTRE HOSPITALIER REGIONAL ET UNIVERSITAIRE DE NICE  
LABORATOIRE D'ONCOLOGIE MOLECULAIRE**

Dr DADONE-MONTAUDIE Bérengère  
Faculté de Médecine  
28 Avenue de Valombrose  
06107 Nice CEDEX 2  
Tel - 04 92 03 80 07 | Fax - 04 92 03 75 29

**CONSENTEMENT DE PRELEVEMENT POUR LA REALISATION D'EXAMENS DE GENETIQUE  
A DES FINS MEDICALES ET/OU CONSERVATION DANS BANQUE D'ADN/ARN**

Je soussigné(e) .....né(e) le..... :

- Autorise le Docteur/Professeur ..... à faire exécuter à partir du prélèvement réalisé le ..... Sur ma personne\* ou celle de mon enfant\* .....né(e) le..... les analyses moléculaires (étude de l'ADN/de l'ARN) qui peuvent aider au diagnostic, à la surveillance, la prévention ou la connaissance de la maladie qui motive la présente consultation.
- Certifie avoir reçu les informations concernant la nature de ces analyses, permettant la compréhension de cet examen, sa finalité et les possibilités de traitement.
- Certifie avoir été informé que cet examen de génétique tumorale pourrait identifier de façon fortuite des anomalies génétiques constitutionnelles additionnelles qui ne sont pas en relation directe avec l'indication initiale mais qui peuvent avoir un impact sur ma prise en charge et celle des membres de ma famille.  
Cette découverte conduira, le cas échéant, vers une consultation spécialisée et n'impactera pas la prise en charge diagnostique pour laquelle l'examen est prescrit.
- Certifie avoir été informé que je pourrais consentir à ce que me soit communiqué uniquement le résultat en relation directe avec l'indication initiale et pas celui concernant d'éventuelles anomalies additionnelles.
- Avoir demandé/avoir refusé\* que les résultats des analyses menées me soient communiqués et expliqués par le Docteur qui les a prescrites.
- 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°78-12 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.
- Si une partie du prélèvement reste inutilisée après examen, je consens à ce qu'il puisse être intégré, le cas échéant, à des fins de recherche scientifique. Dans ce cas, l'ensemble des données médicales me concernant seront protégées grâce à une anonymisation totale. En conséquence, je suis conscient que ces études scientifiques effectuées ne seront sans aucun bénéfice ni préjudice pour ma personne.

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 où détruits.

Fait à ..... le .....

En double exemplaire(s) dont un remis à l'intéressé.

**Signature de l'intéressé(e)**

**Signature et nom du praticien**