



Hospices Civils de Lyon

CONSENTEMENT EN VUE D'UN EXAMEN A FINALITE MEDICALE DES CARACTERISTIQUES GENETIQUES CHEZ UNE PERSONNE

Consentement rédigé par les services de Génétique des HCL

Article 16-11 du Code civil et articles L 1131-1 et L 1131-3 DU Code de la Santé Publique, modifiés selon la Loi de Bioéthique n° 2004-800 du 6 août 2004.

Décret n° 2013-527 du 20 juin 2013 relatif aux conditions de mise en œuvre de l'information de la parentèle dans le cadre d'un examen des caractéristiques génétiques à finalité médicale.

Je/ nous soussigné(e/s).....

personne majeure

parent(s) ou tuteur(s)/curateur(s) de : Nom..... Prénom.....
Né(e) le.....

Reconnais(sons) avoir été informé(e/s) par le Docteur
ou....., conseiller(e) en génétique (sous la responsabilité du Dr)

de la finalité, des limites et du degré de fiabilité du test génétique proposé ainsi que des conséquences familiales du résultat de cet examen.

J'ai / nous avons également été informé(e/s) qu'en cas d'identification d'une anomalie génétique

chez moi-même chez mon/notre enfant chez la personne susnommée,

je serai / nous serons tenus d'informer les membres de ma/notre famille qui ont un risque d'être porteurs de cette anomalie et de la transmettre à leur descendance et qui pourraient bénéficier d'une prévention et/ou d'une prise en charge. J'ai / nous avons été informé (e/s) des conséquences d'un éventuel refus de transmettre cette information. Cette information pourra, si je refuse / nous refusons de la transmettre moi / nous-même, être transmise par le médecin prescripteur dans les conditions fixées par la loi.

Cette analyse concerne le diagnostic de.....

Elle se fera par des praticiens agréés dans un laboratoire agréé à cet effet. **Les résultats de cette analyse me/nous seront transmis et expliqués par le médecin qui me l'a prescrite.**

J'autorise / nous autorisons la conservation d'ADN, de lymphocytes ou de fibroblastes dans une biothèque,

à des fins médicales diagnostiques à des fins de recherche, de façon anonymisée

On m'a/nous a expliqué que ces analyses peuvent révéler d'autres affections que celles recherchées. Si je/nous le souhaite/souhaitons, ces informations me/nous seront transmises 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.

Je/nous souhaite/souhaitons en être informé(e/s) je/nous ne souhaitons pas en être informés

Je/nous accepte/acceptons que les résultats soient, de façon anonyme, transmis à des bases de données nationales et internationales.

Fait à..... Le.....Signature

ATTESTATION DE CONSULTATION DE GENETIQUE

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

Atteste avoir apporté à la / aux personne(s) sus-nommée(s) les informations nécessaires à la compréhension de la nature et de la finalité de l'analyse, conformément aux articles R. 145-15-4 et R. 145-15-5 du code de la Santé Publique et aux conséquences familiales éventuelles de cette étude, conformément au décret n° 2013-527 du 20 juin 2013.

Fait à..... Le.....Signature
et tampon du prescripteur

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 » (Loi n°78-17 de janvier 1978, modifiée). Vous disposez à tout moment d'un droit d'accès et de rectification. Le médecin prescripteur doit conserver le résultat écrit, les doubles de la prescription et de l'attestation, et les comptes rendus d'analyses de biologie médicale commentés et signés (Art. R1131-5).

086821_Septembre 2015 (version 2015)

LBM-EXT-018-03