


HIA Clermont-Tonnerre Brest Laboratoire de Biologie Médicale 	Support d'enregistrement	Code : PRA-SE-CONGENCER Version n°04
	Consentement éclairé en vue d'un examen génétique : CERBA	Date d'application : 30/01/2018 Page : 1 / 2

VERSION	COMMENTAIRE	DATE
01	Mise en application	10/10/2014
02	Mise à jour du formulaire de la part du laboratoire sous-traitant	18/12/2015
03	Aucune modification	27/12/2016
04	Aucune modification de la part du laboratoire sous-traitant	30/01/2018

Rédaction	Vérification	Approbation	Validation
Date : 29/01/2018 Fonction : Responsable Qualité Visa électronique : BERNA Anaïs	Date : 29/01/2018 Fonction : Responsable des Systèmes d'Informations Visa électronique : LEFEBVRE Franck	Date : 30/01/2018 Fonction : Biologiste Responsable Visa électronique : VAILLANT Catherine	Date : 30/01/2018 Fonction : Responsable Documentaire Visa électronique : THIBAUT Fabien

**CONSENTEMENT EN VUE D'UN EXAMEN
DES CARACTERISTIQUES GENETIQUES D'UNE PERSONNE**
(décret n°2008-321 du 4 avril 2008)

- 1 COPIE à envoyer au Laboratoire avec le prélèvement
- 1 COPIE à conserver dans le dossier médical

ATTESTATION DE CONSULTATION MEDICALE INDIVIDUELLE Préalable à la réalisation des examens des caractéristiques génétiques d'une personne et de son identification par empreintes génétiques à des fins médicales

Je soussigné.....Docteur en Médecine,

Conformément aux articles R.1131-4 et R. 1131-5 du décret n° 2008-321 du 4 avril 2008, certifie avoir reçu en consultation ce jour le(la) patient(e) sous-nommé(e) afin de lui apporter les informations sur les caractéristiques de la maladie recherchée, des moyens de la détecter, des possibilités de prévention et de traitement.

Fait à _____, le

<u>Signature du médecin</u>	<u>Coordonnées du Médecin Prescripteur</u>

CONSENTEMENT POUR LA REALISATION D'EXAMENS DES CARACTERISTIQUES GENETIQUES D'UNE PERSONNE Conformément aux articles 1131-4 et 1131-5 du 4 avril 2008

Je soussigné(e) M.....né (e) le

Demeurant à :

Reconnais avoir reçu par le Dr..... les informations sur les examens des caractéristiques génétiques qui seront réalisés afin :

- de confirmer ou d'infirmer le diagnostic d'une maladie génétique en relation avec mes symptômes ;
- de confirmer ou d'infirmer le diagnostic pré-symptomatique d'une maladie génétique ;
- d'identifier un statut de porteur sain (recherche d'hétérozygote ou d'un remaniement chromosomique)
- d'évaluer ma susceptibilité génétique à une maladie ou à un traitement médicamenteux.

Pour cela, je consens :

- au prélèvement qui sera effectué chez moi
- au prélèvement qui sera effectué chez mon enfant mineur ou une personne majeure sous tutelle
- au prélèvement qui sera effectué chez mon fœtus mort

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 moi.

Fait à _____, le

Signature du patient adulte
ou du représentant légal de l'enfant mineur
ou du tuteur légal de l'adulte sous tutelle :