



Centre Hospitalier
de Niort

**CONSENTEMENT EN VUE D'UN TEST
de SUSCEPTIBILITE GENETIQUE à l'ABACAVIR**

Je, soussigné(e), Mr, Mme, Mlle :

Parent de l'enfant (Nom et Prénom) :

Déclare avoir été informé par le Dr sur les examens à caractère génétique
qui seront réalisés à partir d'un prélèvement :

pour moi-même :

pour mon enfant mineur :

pour confirmer ou infirmer le diagnostic de susceptibilité génétique à l'Abacavir:

.....

Je consens à l'analyse de Biologie Moléculaire

et reconnais avoir reçu, lors de cette consultation médicale individuelle et conformément à l'article 145-15-4
du code de la santé publique, les informations concernant la (ou les) maladie(s) recherchée(s), les moyens de
la ou les détecter, les possibilités de prévention et de traitement.

Fait à, le.....Signature :

ATTESTATION DU PRESCRIPTEUR

(Décret n°2000-570 du 23 juin 2000)

Je soussigné(e) Docteur

Certifie avoir informé le (ou la) patient(e) ou les parents de l'enfant mineur sus nommé, de l'intérêt du test de
susceptibilité génétique à l'Abacavir, et avoir recueilli le consentement du (ou de la) patient(e) ou de ses
parents dans les conditions de l'article n°145-15-4.

Signature :

Cachet :