



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 :