

IDENTIFICATION DU PATIENT	IDENTITE DU TITULAIRE DE L'AUTORITE PARENTALE SI MINEUR
NOM DE NAISSANCE : NOM USUEL : Prénom : Date de Naissance :	NOM DE NAISSANCE : NOM USUEL : Prénom : Date de Naissance : Lien avec le patient :

Je soussigné(e), susnommé(e), reconnais avoir été informé(e) par le Dr.....
sur les caractéristiques des examens de génétique concernant la maladie dont je souffre ou que présente(nt) un (ou plusieurs) membre(s) de ma famille :

Inscrire clairement le nom de la maladie concernée :

Ces examens seront réalisés à partir : du prélèvement qui m'a été effectué
 du prélèvement qui a été pratiqué sur mon enfant mineur

Je donne mon consentement pour ce prélèvement et je reconnais avoir reçu l'ensemble des informations conformément à l'article R1131-4 du décret n° 2008-321 du 4 avril 2008 du code de la santé publique, permettant la compréhension de cet acte biologique et sa finalité.

J'ai compris que si une anomalie génétique pouvant être responsable d'une prédisposition ou d'une affection grave est mise en évidence, je devrai permettre la transmission de cette information au reste de ma famille. J'ai été averti que mon silence pouvait leur faire courir des risques ainsi qu'à leur descendance, dès lors que des mesures de prévention, y compris de conseil génétique ou de soins, peuvent être proposées. Je devrai choisir entre assurer moi-même ou autoriser le médecin prescripteur à cette diffusion d'information génétique aux membres de ma famille.

Dans le respect du secret médical :	oui	non
J'autorise la transmission des informations de mon/son dossier médical nécessaires aux praticiens concernés par cet examen des caractéristiques génétiques.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
J'autorise la conservation illimitée des produits dérivés de ce prélèvement en vue d'études ultérieures pour poursuivre les investigations dans le cadre de la démarche diagnostique, en fonction de l'évolution des connaissances.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Une fois l'étude terminée, l'utilisation secondaire des produits dérivés de ce prélèvement par le laboratoire peut être utile pour des études d'assurance de la qualité (échantillon témoin/contrôle interne ou externe au laboratoire). J'autorise cette utilisation secondaire après anonymisation des données me concernant.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dans le cadre de la démarche diagnostique, une partie des produits dérivés de ce prélèvement peut ne pas être utilisée. Elle peut être importante pour la recherche scientifique. Ainsi, sans qu'il soit nécessaire de me recontacter, j'autorise le stockage des produits dérivés de ce prélèvement sans limite de durée et leur utilisation après anonymisation dans le cadre de projets de recherche sans bénéfice direct.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
La communication à la communauté médicale et scientifique (bases de données accessibles sur internet, publications dans des journaux scientifiques...) de données médicales (comprenant éventuellement des photographies, radiographies et autres) et génétiques me concernant (ou mon enfant mineur) peut éventuellement être utile. J'autorise cette utilisation secondaire après anonymisation des données me concernant	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Conformément à la loi informatique et liberté, je peux exercer mon droit d'accès aux données qui me concernent par l'intermédiaire d'un médecin de mon choix.

Fait à, leSIGNATURE :

**ATTESTATION D'INFORMATION ET DE RECUEIL DE CONSENTEMENT
POUR UNE ANALYSE GENETIQUE A DES FINS MEDICALES**

Docteur..... certifie avoir informé le (la) patient(e) susnommé(e) sur les caractéristiques de la maladie recherchée, les moyens de la détecter, les possibilités de prévention et de traitement en l'état actuel des connaissances, et avoir recueilli le consentement du (de la) patient(e) dans les conditions de l'article R1131-4	Signature obligatoire et cachet :
---	--

RAPPEL CONCERNANT LA LEGISLATION

(Conformément au décret n°2008-321 du 4 avril 2008 fixant les conditions de prescription et de réalisation des examens des caractéristiques génétiques d'une personne) :
Le **médecin prescripteur** doit conserver le consentement écrit, les doubles de la prescription et de l'attestation, et les comptes-rendus d'analyses de biologie médicale commentés et signés (Article R1131-20)
Le **laboratoire autorisé** réalisant les examens doit :
- disposer de la prescription et de l'attestation du prescripteur (Article R1131-20)
- adresser le compte-rendu d'analyse de biologie médicale commenté et signé par un praticien responsable agréé conformément à l'article R1131-6 EXCLUSIVEMENT AU MEDECIN PRESCRIPTEUR qui communiquera les résultats de l'examen des caractéristiques génétiques à la personne concernée dans le cadre d'une consultation individuelle (Article R1131-19)