

# Attestation de consultation et Consentement

en vue d'un examen des caractéristiques génétiques d'une personne

(en référence au décret n° 2008-321 du 4 avril 2008 - arrêté du 27 mai 2013)

• 1 copie à envoyer au laboratoire avec le prélèvement

• 1 copie à conserver dans le dossier médical

## ATTESTATION DE CONSULTATION MÉDICALE 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 code de la santé publique,

- ▶ 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 [ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ]

Signature et tampon du médecin

## CONSENTEMENT POUR LA RÉALISATION D'EXAMENS DES CARACTÉRISTIQUES GÉNÉTIQUES D'UNE PERSONNE

Conformément aux articles R.1131-4 et R.1131-5 du code de la santé publique

Je soussigné(e) ..... 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 foetus.

- ▶ Je suis informé(e) que les résultats de l'examen des caractéristiques génétiques me seront transmis par le Docteur sus-nommé dans le cadre d'une consultation individuelle. Si l'examen révèle des résultats autres que ceux recherchés, le Docteur sus-nommé déterminera la conduite à tenir lors d'une consultation individuelle.

- ▶ 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(e) 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 :