



**CONSENTEMENT POUR LA
REALISATION D'EXAMENS DES
CARACTERISTIQUES GENETIQUES
D'UNE PERSONNE**

DE-MU0-A0-160-01
Version 1



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

* 1 copie à envoyer au laboratoire avec le prélèvement

* 1 copie à conserver dans le dossier médical

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'infirmier le diagnostic d'une maladie génétique en relation avec mes symptômes

de confirmer ou d'infirmier 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

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 que ces études scientifiques 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