



# Consentement en vue d'un examen des caractéristiques génétiques

## Patient(e)

NOM : .....

Sexe :  Femme  Homme

PRENOM : .....

Date de naissance : \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_

Origine géographique\*\* :  Europe/Afrique du Nord  Afrique sub-saharienne et Antilles  Asie  Autres : .....

\*\* Information indispensable pour les analyses signalées par un (2) ci-dessous

## Demande d'analyse de génétique moléculaire

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> BCR-ABL                                  | <input type="checkbox"/> Hémochromatose : mutation p.Cys282Tyr               |
| <input type="checkbox"/> Facteur II : mutation g.20210G>A         | <input type="checkbox"/> HLA classe I : HLA B27                              |
| <input type="checkbox"/> Facteur V Leiden : mutation p.Arg506Glu  | <input type="checkbox"/> HLA B27 (1)   |
| <input type="checkbox"/> Hémochromatose : mutation p.His63Asp (1) | <input type="checkbox"/> HLA B57-01 (1)                                      |
| <input type="checkbox"/> Hémochromatose : mutation p.Ser6Cys (1)  | <input type="checkbox"/> MTHFR : variant thermolabile, mutation c.677C>T (1) |
| <input type="checkbox"/> Autres : .....                           | (1) Analyse Hors Nomenclature  |

## Attestation de consultation médicale individuelle

Décret n°2008-321 du 4 avril 2008 – arrêté du 27 mai 2013

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 Cachet du médecin*

## Consentement pour la réalisation d'examen des caractéristiques génétiques

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

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'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 Dr 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.

*Signature du patient ou représentant légal*

Fait à ..... le .. / .. / .....