

# Consentement pour l'examen des caractéristiques génétiques d'une personne et la conservation des échantillons dans une banque ADN ou un centre de ressources biologiques

Conformément à l'arrêté du 27 Mai 2013 et au décret 2013-527 du 20 Juin 2013 relatifs à la loi 2011-814 du 7 Juillet 2011)

## IDENTIFICATION DU PATIENT (Etiquette)

NOM ADRESSE

PRENOM

DDN

## REPRESENTANTS LEGAUX (Patient mineur/majeur sous tutelle)

NOM – PRENOM - DDN :

NOM – PRENOM - DDN :

PÈRE  MERE  TUTEUR

Je soussigné(e) reconnais avoir été informé(e) par le Dr .....  
ou le **Conseiller en génétique** ..... en délégation du Dr .....  
quant à l'examen des caractéristiques génétiques qui sera réalisé à partir:

- Du (des) prélèvement(s) réalisé(s) sur moi-même
- Du (des) prélèvement(s) réalisé(s) sur mon enfant mineur ou sur la personne majeure placée sous tutelle

Pour (préciser obligatoirement le nom de la pathologie ou l'indication de l'examen réalisé et sa nature) :

- **Je reconnais** avoir reçu l'ensemble des informations permettant la compréhension de cet examen et sa finalité. Le résultat de l'examen me sera rendu et expliqué en l'état actuel des connaissances par le médecin qui me l'a prescrit. Ce dernier m'expliquera les moyens de prise en charge nécessaires le cas échéant.
- **Je donne mon consentement** pour la réalisation de ces analyses, mais à tout moment je peux demander que l'étude génétique soit interrompue ou que les résultats ne me soient pas communiqués.
- **J'autorise** le recueil, la saisie et le traitement informatique des données médicales nécessaires à cet examen.
- **J'autorise** la conservation (banque ADN ou Centre de Ressources Biologiques) du matériel biologique issu du prélèvement, mais à tout moment je peux en demander la destruction. Dans ce cas, j'en informerai le médecin désigné ci-dessus.
- **Pour notre enfant mineur**, lorsqu'il atteindra sa majorité ou qu'il sera apte à exprimer sa volonté, nous l'informerons du fait que ces prélèvements sont conservés dans le CRB car il lui appartiendra de décider s'il souhaite que ces études soient poursuivies. Il pourra alors à tout moment se mettre en rapport avec le responsable du CRB et demander qu'il soit mis fin à la conservation.
- **Le résultat est confidentiel**, il me sera rendu et expliqué en consultation par le médecin qui l'a prescrit.
- **Je suis informé(e)** que si une anomalie génétique responsable d'une prédisposition ou d'une affection grave était mise en évidence, je devrai permettre la transmission de cette information aux apparentés potentiellement concernés (Arrêté du 08/12/2014). 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. Ainsi je devrai choisir entre :
  - assurer moi-même la diffusion de l'information
  - demander au médecin prescripteur de diffuser l'information génétique auprès des apparentés potentiellement concernés

- J'accepte, si mes résultats, ceux de mon enfant mineur ou de la personne dont je suis tuteur apparaissent médicalement essentiels pour les apparentés, qu'ils puissent être utilisés dans leur intérêt, y compris après mon décès, celui de mon enfant mineur ou la personne dont je suis tuteur  OUI  NON
- J'accepte, si le diagnostic restait en suspens, l'utilisation ultérieure des échantillons biologiques pour d'autres analyses génétiques à visée diagnostique en fonction des progrès et des connaissances  OUI  NON
- Si l'analyse réalisée révèle une caractéristique génétique sans lien avec l'indication de la prescription et que ces résultats peuvent avoir une conséquence pour ma santé, celle de mon enfant mineur ou de la personne dont je suis tuteur, je souhaite en être informé  OUI  NON

Fait à:

Le:

**Signature du patient ou de ses représentants légaux**

## ATTESTATION DU MEDECIN PRESCRIPTEUR

Je certifie avoir informé le (ou la) patient(e) sus nommé(e) ou son tuteur légal sur les caractéristiques de la maladie recherchée, les moyens de la diagnostiquer, les possibilités de prévention et de traitement, le stockage de son prélèvement, et avoir recueilli son consentement dans les conditions prévues par le code de la santé publique (articles R1131-4 et 5)

**Signature et cachet du médecin ou du conseiller en génétique**