

Conformément aux articles R 1131-4 et R 1131-5 du code de la santé publique décret n°2008 – 321 du 4 avril 2008, arrêté du 27 mai 2013.

Monsieur / Madame / Mademoiselle né(e) le :

Demeurant à

Consent à un prélèvement : Sanguin Cutané Autres

Chez moi

Chez mon enfant mineur ou personne majeure sous tutelle

Je reconnais avoir été informé(e) par le Docteur

Sur les études génétiques qui seront faites à partir du prélèvement qui a été effectué :

- * Pour confirmer ou infirmer le diagnostic de maladie génétique
- * De confirmer ou d'infirmer le diagnostic pré symptomatique de maladie génétique
- * D'identifier un statut de porteur sain (hétérozygote ou remaniement chromosomique)

Les résultats de cette étude me seront communiqués par le Docteur

Ils ne seront remis qu'à moi seul(e) et ne pourront être communiqués sans mon autorisation expresse.

Je donne mon consentement pour ce prélèvement et je reconnais avoir reçu l'ensemble des informations conformément aux articles R 145-15-7 et R 14-15-4 du Code de la Santé Publique permettant la compréhension de cet acte de biologie et sa fiabilité.

J'autorise/je refuse (rayer la mention inutile) l'éventuelle conservation des échantillons d'ADN afin de progresser dans la connaissance de la maladie, l'envoi de mon/son prélèvement à un autre laboratoire pour complément d'étude.

Si d'autres informations que celles initialement recherchées sont mises en évidence je demande / je refuse (rayer la mention inutile) que les résultats de ces examens me soient communiqués. Je pourrai, à tout moment et sans justification de ma part, réviser ma position à cet égard

Fait à, le :

Signature (précédée de la mention manuscrite "lu et approuvé") :

ATTESTATION DE CONSULTATION

Examen de Cytogénétique et Génétique Moléculaire

Je certifie avoir apporté à Monsieur / Madame / Mademoiselle

Né(e) le

Les informations définies selon les articles L 1131-2, L 1111-2, L 6211-2, R1131-4, R 1131-5 du code de la santé publique décret n°2008 – 321 du 4 avril 2008 arrêté du 27 Mai 2013 sur les caractéristiques de la maladie recherchée, les moyens de les détecter, les possibilités de prévention et de traitement.

Fait à, le :

Docteur :

Signature et tampon :