

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

IDENTIFICATION du PATIENT (étiquette)		IDENTITE du REPRESENTANT LEGAL (si mineur ou majeur sous tutelle)	
NOM :		NOM :	
NOM de Naissance :	Sexe	Prénom :	Né(e) le :
Prénom :	Né(e) le :	Lien avec le patient :	

Je soussigné(e) reconnais avoir été informé(e) par le : Dr.....
 Conseiller en génétiquepar délégation du
 Dr.....

quant à l'examen des caractéristiques génétiques qui sera réalisé à partir du (des) prélèvement(s) pratiqué(s) :
 sur moi-même 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 nécessaire le cas échéant.

Je souhaite être informé du résultat de l'examen réalisé oui non

J'autorise, dans le respect du secret médical :

- La transmission des informations de mon/son dossier médical nécessaires aux médecins concernés par cet examen des caractéristiques génétiques. oui non
- L'utilisation des résultats par le médecin prescripteur au profit des membres de ma/sa famille si ces résultats apparaissent médicalement utiles pour eux. oui non
- La conservation d'un échantillon de matériel biologique issu de mes/ses prélèvements et son utilisation ultérieure pour poursuivre les investigations dans le cadre de cette même démarche diagnostique, en fonction de l'évolution des connaissances. oui non
- La conservation des données utiles à la gestion de la démarche diagnostique et de mon/son dossier dans des bases de données informatiques déclarées à la CNIL. oui non

J'ai compris que si une anomalie génétique pouvant être responsable d'une prédisposition ou d'une affection grave était mise en évidence, je devrai permettre la transmission de cette information au reste de ma/sa famille. 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, lors du rendu des résultats, je devrai choisir entre :

- Assurer moi-même cette diffusion d'information génétique aux membres de ma/sa famille.
- Autoriser le médecin prescripteur à cette diffusion d'information génétique aux membres de ma/sa famille.

Des informations génétiques sans lien direct avec ma/sa pathologie mais pouvant avoir un impact sur ma/sa santé ou celle de mes apparentés peuvent être révélées.

Je souhaite que mon/son médecin me tienne informé(e) oui non

Dans le cadre de la démarche diagnostique, une partie de mon/son prélèvement peut ne pas être utilisée. Elle peut être importante pour la recherche scientifique. Ainsi, sans que l'on puisse me recontacter :

J'autorise le stockage de mon/son prélèvement et son utilisation pour la recherche oui non

Conformément aux dispositions de la loi relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, je dispose d'un droit d'opposition, d'accès et de rectification par l'intermédiaire du Dr.....Joignable via son secrétariat au N°.....

Tout consentement non signé ou non renseigné dans son intégralité empêche la réalisation de l'examen

Fait à	Nom, prénom et signature du patient ou de son représentant légal :
Le	Signature du patient mineur ou majeur sous tutelle (si possible) :

ATTESTATION DE CONSULTATION* du médecin prescripteur ou du conseiller en génétique

IDENTIFICATION du PATIENT (étiquette)	IDENTITE du REPRESENTANT LEGAL (si mineur ou majeur sous tutelle)
NOM :	NOM :
NOM de Naissance	Prénom : Né(e) le :
PRENOM : Sexe :	Lien avec le patient :
Date de Naissance :	

Je certifie avoir informé le (ou la) patient(e) susnommé(e) ou son représentant légal sur les caractéristiques de la maladie recherchée, les moyens de la diagnostiquer, le degré de fiabilité des analyses dans la mesure du possible, les possibilités de prévention et de traitement, le stockage de son prélèvement et avoir recueilli le consentement du (ou de la) patient(e) ou de sa tutelle dans les conditions prévues par le code de la santé publique (articles R1131-4 et 5).

Date :
Nom Prénom, Signature et cachet du médecin ou du conseiller en génétique, avec coordonnées du médecin et du service et N° de téléphone :

*RAPPEL CONCERNANT LA LEGISLATION

- Loi n° 2004-800 du 6 août 2004 relative à la bioéthique

(Conformément à la loi n° 2004-800 du 6 août 2004 fixant les conditions de prescription et de réalisation des examens des caractéristiques génétique d'une personne) :

Le médecin prescripteur doit conserver :

- le consentement écrit
- les doubles de la prescription et de l'attestation (Art. R1131-5).
- les comptes-rendus d'analyses de biologie médicale commentés et signés.

Le laboratoire autorisé réalisant les examens doit :

- disposer de la prescription et de l'attestation du prescripteur (Décret n°2008-321 du 4 avril 2008)
- adresser, au médecin prescripteur, seul habilité à communiquer les résultats à la personne concernée (article L1131-1-3), le compte-rendu d'analyse de biologie médicale commenté et signé par un praticien responsable agréé
- adresser, le cas échéant, au laboratoire qui a transmis l'échantillon et participé à l'analyse (article L. 6311-19), le compte-rendu d'analyse de biologie médicale commenté et signé par un praticien responsable agréé

- Loi n° 2011-814 du 7 juillet 2011 relative à la bioéthique

- Arrêté du 27 mai 2013 définissant les règles de bonnes pratiques applicables à l'examen des caractéristiques génétiques d'une personne à des fins médicales

- Décret n° 2013-527 du 20 juin 2013 relatif aux conditions de mise en œuvre de l'information de la parentèle dans le cadre d'un examen des caractéristiques génétiques à finalité médicale