



CONSENTEMENT POUR L'EXAMEN DES CARACTERISTIQUES GENETIQUES d'une personne et la conservation des échantillons (banque d'ADN ou de cellules / CRB)*

| | |
|---|--|
| IDENTIFICATION du PATIENT (étiquette ou nom, prénom et date de naissance) | REPRESENTANT LEGAL (Patient mineur/majeur sous tutelle) |
| Nom : _____ Prénom : _____ | Nom : _____ Prénom : _____ |
| Date de naissance : _____ | Date de naissance : _____ |
| | <input type="checkbox"/> Père <input type="checkbox"/> Mère <input type="checkbox"/> Tuteur du patient |

Je soussigné(e) reconnais avoir été informé(e) par le Dr :

quant à l'examen des caractéristiques génétiques qui sera réalisé à partir :

- du (des) prélèvement(s) pratiqué(s) **sur moi-même**
 du (des) prélèvement(s) pratiqué(s) **sur mon enfant mineur** ou sur le majeur placé sous tutelle

Pour (préciser le nom du génotype recherché):

HLA-B*57:01 HLA-B*58:01 HLA-B27 HLA-B51 HLA-A29
 HLA-DQB1*06 :02 HLA-DQ2/DQ8 HLA-DR/DQ (diabète de type 1) HLA-DR (Polyarthrite rhumatoïde)
 autre (contacter le laboratoire auparavant au 01.40.03.23.29 , préciser la pathologie et le génotype recherché) :
.....

Je donne mon consentement pour ce prélèvement et reconnais avoir reçu l'ensemble des informations permettant la compréhension de cet examen et sa finalité. J'autorise, dans le respect du secret médical, la transmission d'informations du dossier médical nécessaires aux médecins réalisant ces analyses. Le résultat de l'examen me sera rendu et expliqué en l'état actuel des connaissances par le médecin désigné ci-dessus. Ce dernier m'expliquera les moyens de prise en charge nécessaire le cas échéant.

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

J'autorise par ailleurs, dans le respect du secret médical :

| | |
|---|---|
| ANALYSE ULTERIEURE. 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 <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> |
| RECHERCHE ANONYME. 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 doive me recontacter, j'autorise le stockage de mon/son prélèvement et son utilisation pour la recherche sans limitation de temps. | oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> |

Les données utiles à la gestion de la démarche diagnostique sont conservées dans des bases de données informatiques déclarées à la CNIL. 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 des données archivées par l'intermédiaire du médecin signataire de ce consentement (loi n°78-17 du 6 janvier 1978).

ATTESTATION DU MEDECIN PRESCRIPTEUR

Je certifie avoir informé le (ou la) patient(e) susnommé(e) sur les caractéristiques de l'examen demandé, et avoir recueilli son consentement selon les conditions des articles R1131-4 et 5 de code de la Santé Publique.

Fait à..... le/...../.....

| | | |
|----------------------|---|--|
| Signature du médecin | Signature du patient ou de son représentant légal | Signature du patient mineur ou majeur sous tutelle (si possible) : |
|----------------------|---|--|

* 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.