



RD-HEMATOLOGIE
BIOLOGIQUE

**CONSENTEMENT POUR L'EXAMEN
DES CARACTERISTIQUES
GENETIQUES D'UNE PERSONNE
VIS-A-VIS DES FACTEURS DE
RISQUE DE THROMBOPHILIE**

Ref : RD-HE-BMHEM-DE-068
Version : 02
Applicable le : 16-04-2021



IDENTIFICATION du PATIENT

(étiquette ou nom, prénom et date de naissance)

Nom :

Prénom :

Date de naissance

REPRESENTANT LEGAL

(Patient mineur/majeur sous tutelle)

Nom :

Prénom :

Date de naissance

Père

Mère

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 de la pathologie ou l'indication de l'examen réalisé, et sa nature) :

Thrombophilie

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

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 (loi 78-17 du 6 janvier 1978 modifiée), 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.

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.