Consentement pour étude génétique et attestation médicale d'information

Identification du patient prélevé
(étiquette)

Article 16-10 du Code civil et articles L.1131-1-2 et L 1111-2 du Code de la Santé Publique, L6211-2, R 1131-/4/5 modifiés selon la loi de Bioéthique. Arrêté du 27 mai 2013. Recommandations de BP HAS « délivrance de l'information à la personne sur son état de santé » mai 2012. 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

CONSENTEMENT EN VUE D'UN EXAMEN A FINALITE MEDICALE DES CARACTERISTIQUES GENETIQUES CHEZ UNE PERSONNE

Je soussigné (e),…….. Né(e) le : ……

Nom JF : ……

☐ patient majeur ☐ parent ou responsable de : …… Né(e) le : ……

Déclare avoir reçu les informations nécessaires du Docteur ……

ou de la Conseillère en Génétique …… (sous la responsabilité du Dr…… .et par délégation de celui-ci)

Accepte que soient réalisés sur : ☐ ma personne ☐ mon enfant ☐ la personne susnommée

les examens concernant le diagnostic de ……

☐ par analyse cytogénétique / cytogénétique moléculaire

☐ par analyse de biologie moléculaire

Ces examens peuvent révéler d'autres affections que celle recherchée initialement chez moi-même.
J'en serai informé uniquement si ces informations comportent un bénéfice direct pour ma personne ou ma famille en l'état actuel des connaissances comme par exemple une possibilité de prévention et /ou de traitement.
Ces examens seront réalisés par des praticiens agréés dans un laboratoire autorisé à cet effet. Les résultats de l'analyse me seront transmis et expliqués par le médecin qui me l'a prescrite.

● Je souhaite / je ne souhaite pas (1) **être informé(e) des résultats**.
Je déclare être conscient(e) de la signification de l'anomalie éventuellement détectée, pour moi-même, mes proches et mes apparentés et de l'obligation légale de transmettre cette information à mes apparentés si celle-ci peut permettre d'assurer une prévention. Lors du rendu des résultats, je devrai choisir entre assurer moi-même la transmission de l'information génétique aux membres de ma famille ou autoriser le médecin à le faire. Dans ce cas, je lui communiquerai les coordonnées des membres de ma famille.

● J'autorise / je n'autorise pas (1) la conservation des échantillons biologiques prélevés **à des fins de diagnostiques ultérieurs**. Le médecin prescripteur des examens assure la responsabilité de l'utilisation de ces échantillons. Je garde la liberté de demander à tout moment la destruction du matériel biologique conservé.
Dans le cadre de la démarche diagnostique, une partie des échantillons issus du prélèvement peut ne pas être utilisée. Elle peut être importante pour la recherche scientifique.

● J'autorise / je n'autorise pas (1) la conservation des échantillons biologiques et leur utilisation **pour la recherche**.
Conformément à la loi informatique et liberté, les données contenues dans mon dossier médical peuvent faire l'objet d'un traitement informatique et sont protégées par ces dispositions (Loi N° 78-17 de janvier 1978, modifiée). Vous disposez à tout moment d'un droit d'accès et de rectification.

Signature

Fait à …….. Le ……..

(1) rayer la mention inutile

ATTESTATION DE CONSULTATION MEDICALE

Je soussigné(e), Docteur ……

ou Conseillère en Génétique …… (sous la responsabilité du Dr ……)

certifie avoir reçu en consultation ce jour :

Monsieur / Madame ……, l'enfant ……,

et avoir apporté les informations définies selon les articles L 1111-2, L1131-1-2, R1131-5 du code de la santé publique (caractéristiques de la maladie recherchée, moyens de la détecter, degré de fiabilité des analyses, possibilités de prévention et de traitement, modalités de transmission génétique de la maladie recherchée, possibles conséquences chez d'autres membres de sa famille), et avoir recueilli le consentement éclairé conformément aux articles R 1131-4 du Code de la Santé Publique.

Fait à …….. , le …… Signature du médecin ou de la conseillère en Génétique