



**Bon de consentement de
prélèvement dans un but
d'étude génétique**

MUL-PRECO-TRA004 v01

Version : 1

Applicable le : 06-10-2022



Décret n° 2008-321 du 4 avril 2008-Arrêté du 27 Mai 2013 Décret 2013-527 du 20 Juin 2013 –Articles R1131-4 --5 du Code de la Santé publique

CONSENTEMENT EN VUE D'UN EXAMEN DES CARACTERISTIQUES GENETIQUES

Je soussigné(e) (Nom, Prénom).....né(é) le.....

déclare avoir reçu toute information concernant la réalisation d'une étude génétique par les techniques de biologie moléculaire permettant d'aider au diagnostic et/ou à la prévention de la pathologie dont je souffre ou que présente un membre de ma famille. Il m'a été expliqué que ces analyses génétiques ont pour objectif d'aider au diagnostic, d'aider au conseil génétique ou de réaliser une étude familiale. J'ai pris note que ces analyses peuvent rechercher plusieurs marqueurs de risque pour la maladie. Dans l'état actuel des connaissances, un test négatif peut ne pas permettre d'exclure une origine génétique de la pathologie. Si d'autres tests génétiques se développent pour compléter la compréhension de cette pathologie, je souhaite en bénéficier ultérieurement. C'est pourquoi ce prélèvement sera conservé le temps nécessaire.

J'ai eu la possibilité de poser toutes les questions que je souhaitais au **Dr**

Le résultat est confidentiel : il me sera transmis et expliqué par le médecin qui me l'a prescrit. Ils resteront confidentiels et pourront être transmis aux seuls médecins ou équipes médicales que je désignerai par écrit. J'ai été informé(e) des conditions de mise en œuvre de l'information de la parentèle dans le cadre d'un examen des caractéristiques génétiques à finalité médicale (Décret 2013-527 du 20 Juin 2013). J'ai donc compris que si l'anomalie génétique était retrouvée chez moi, je serai dans l'obligation d'avertir les membres de ma famille potentiellement concernés (Article L1131-1-2 Code de la santé publique). J'autorise ainsi le recueil, la saisie et le traitement des données contenues dans mon dossier médical en toute confidentialité. A tout moment, je peux demander que soit interrompue, chez moi, l'étude génétique entreprise ou que les résultats ne me soient pas communiqués. Je peux exprimer, par écrit, ma volonté d'être tenu(e) dans l'ignorance du diagnostic. Je peux demander que le sang prélevé ou les produits de celui-ci (notamment l'ADN extrait) me soient restitués ou soient détruits. J'ai été informé(e) que, conformément aux dispositions de la loi n° 78/17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, je dispose d'un droit d'accès et de rectification par l'intermédiaire du médecin que j'aurai désigné à cet effet.

Dans ces conditions, je demande à bénéficier d'un test génétique de recherche de facteurs de prédisposition héréditaire au diagnostic et/ou à la prévention de ma pathologie, test(s) effectué(s) dans un laboratoire autorisé à le(s) pratiquer.

Thrombophilie **Hémochromatose** **Autres (préciser) :**

Nom marital ou usuel :

Prénom :

Nom de naissance :

Né(e) le :

Fait à :

Date :

Signature (*):

(*) Signature d'un des parents si le patient est mineur ou du représentant légal

ATTESTATION DE CONSULTATION

Je soussigné(e), Docteur en médecine :

certifie avoir informé le (ou la) patient(e) susnommé(e) sur les caractéristiques de la maladie recherchée et la nature des analyses génétiques demandées conformément à l'article R1131.4 du décret n°2008-321 du 4 Avril 2008 du code de la Santé Publique, du Décret 2013-527 du 20 Juin 2013 et l'arrêté du 27 mai 2013 et avoir recueilli le consentement éclairé de mon (ou ma) patiente dans les conditions prévues à l'article R.1131-5

Fait à :

Date :

Signature du médecin :

Remplir en 3 exemplaires (un pour le patient, un pour le prescripteur (dossier médical), le dernier à envoyer au laboratoire avec la demande et les prélèvements)