

Attestation du prescripteur

Je soussigné(e), Docteur
ou Conseiller en génétique
sous la responsabilité du Docteur

atteste avoir vu en consultation le patient ci-nommé et
avoir apporté conformément aux dispositions de l'article
R1131-4 et 5 du Code de la Santé Publique, les
informations suivantes :

- les caractéristiques de la maladie ou du risque recherché
- les possibilités de prévention et de traitement
- les moyens de détecter la maladie
- le degré de fiabilité des analyses
- le risque éventuel d'identification de caractéristiques génétiques sans relation directe avec la prescription
- les modalités du compte rendu et des délais probables
- les conditions d'information de la parentèle en cas d'anomalie génétique identifiée

Fait à, le

Signature :

et autorise la réalisation d'un examen des caractéristiques génétiques, effectuée par un laboratoire autorisé, qui peut aider au diagnostic ou à la prévention de la (ou des) maladie(s) suivante(s), ou signe(s) clinique(s) suivant(s) :

.....
.....

Son résultat est confidentiel et me sera rendu et expliqué en consultation par le prescripteur.

J'autorise le recueil, la saisie, le traitement informatique et la conservation des données médicales liées à cet examen.

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.

Je souhaite être informé(e) du résultat de l'examen.

☐ OUI ☐ NON

J'autorise la conservation éventuelle des échantillons au laboratoire pour compléter l'étude génétique entreprise en fonction d'éventuels progrès scientifiques sur cette maladie, et de la possibilité de m'opposer à cette conservation en le signifiant au médecin à tout moment.

☐ OUI ☐ NON

J'accepte que ces résultats soient utilisés par le médecin prescripteur au profit des membres de ma/sa famille s'ils apparaissent médicalement utiles pour eux.

☐ OUI ☐ NON

En cas d'identification de caractéristiques génétiques sans relation directe avec la prescription, **je souhaite** en être informé(e), si en l'état actuel des connaissances, ces résultats peuvent avoir une conséquence pour la santé.

☐ OUI ☐ NON

Une fois l'analyse terminée, **j'autorise le stockage, la conservation et l'utilisation des prélèvements et des données médicales au laboratoire pour le diagnostic et la recherche.** Dans ce cas, l'ensemble des données sera protégé par une anonymisation totale, en conformité avec le RGPD.

☐ OUI ☐ NON

Fait à le

Signature :

Consentement du patient

A la suite de la consultation prévue à l'article L1131-1 du Code de la Santé Publique, je soussigné(e) :

Nom :

Prénom :

né(e) le : ____/____/____

reconnais avoir reçu les informations sur les examens de génétique proposés :

☐ pour moi-même

☐ pour mon fœtus

☐ pour mon enfant mineur ou une personne majeure sous tutelle :

☐ pour mon apparenté hors d'état d'exprimer sa volonté (article L1130-3 et L1130-4) :

☐ pour mon apparenté décédé (article L1130-4) :

Nom :

Prénom :

né(e) le : ____/____/____

lien de parenté :