

Service d'Hématologie Biologique Pr. I. ELALAMY

Unité d'Explorations Fonctionnelles et Génétiques du Risque Vasculaire
Dr. G. GEROTZIAFAS

Formulaire de Consentement¹

(A établir en 3 exemplaires dont 1 à remettre à l'intéressé(e) et le second au Laboratoire effectuant l'analyse)

- **Je soussigné(e) :** Nom _____ Prénom _____
Né(e) le _____ Demeurant à _____
- **Autorise** qu'un prélèvement sanguin dans le but d'une étude génétique par biologie moléculaire soit effectué sur : moi-même Nom _____
 mon enfant mineur Prénom _____
 la personne majeure dont j'ai la tutelle Date de naissance _____
- **Autorise** dans le cadre :
 - d'une recherche de facteurs génétiques prédisposant à la thrombose ou à l'hémorragie
 - d'une recherche de facteurs génétiques prédisposant à la résistance à un traitement antiplaquettaire et/ou anticoagulant.
 - d'une conservation en banque d'ADN pour investigations ultérieures.
- **Certifie** avoir été pleinement informé(e) par le Dr : Nom _____ Prénom _____
Adresse professionnelle _____
 - 1- des raisons et des conditions de l'étude génétique me concernant/concernant mon enfant mineur².
 - 2- du caractère strictement confidentiel des résultats qui seront obtenus. Ces derniers ne seront transmis qu'au prescripteur et à moi seul(e) et ne pourront être communiqués à autrui sans mon autorisation expresse.
 - 3- que je pourrais avoir connaissance par mon médecin traitant des résultats ainsi que toute information confidentielle³ me concernant/concernant mon enfant mineur².
 - 4- que ces études seront réalisées par un laboratoire spécialisé et agréé.
 - 5- que je pourrais demander à tout moment que l'étude entreprise soit interrompue chez moi ou que les résultats ne me soient pas communiqués.
 - 6- que je pourrais à tout moment demander que le(s) prélèvement(s) ou les produits de celui-ci (ADN extrait) me soient restitués.
- **Donne** mon accord pour l'enregistrement des données médicales nécessaires à ces études.
- **Accepte** que les prélèvements réalisés puissent être utilisés pour ces examens.
Fait à _____ Le _____
Nom et signature de l'intéressé(e) Nom et signature du Médecin Prescripteur

Cachet du service

¹ Article 16-10 de la Loi n°94-653 du 29 juillet 1994 relative au respect du corps humain. Décret n° 2008-321 du 4 avril 2008, Articles R. 1131-4 et R. 1131-5 du code de la santé publique

² Rayer la mention inutile

³ Conformément à la Déontologie Médicale et aux dispositions de la Loi n°78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés.