HOPITAL ARMAND TROUSSEAU AP – HP
26, rue du Dr Arnold Netter – 75571 PARIS Cedex 12
Service de Génétique et d'Embryologie médicales
Pr. Jean-Pierre SIFFROI
Laboratoire de génétique médicale, porte B
Unité Fonctionnelle de Cytogénétique Constitutionnelle

☎ : 01 44 73 52 80/52 81 🖷 : **01 44 73 52 82**

Date de création : **28/05/2009**
Date de révision : **19/01/2015**

CONSENTEMENT EN VUE D'UN EXAMEN DES CARACTERISTIQUES GENETIQUES DANS LE CADRE D'UNE ENQUETE FAMILIALE

Article 16-11 du Code civil et articles L 1131-1 et L 1131-3 du Code de la Santé Publique, modifiés selon la Loi de Bioéthique 2011-814 du 7 juillet 2011

Je soussigné M / Mme ……..né(e) le …….
Demeurant à ……..
Déclare avoir pleinement été informés par le Dr …… du service de …… de la nature de l'étude qui sera réalisée à partir de sang et/ou de la salive et/ou d'autres tissus ……..…….. qui seront prélevés chez moi dans le cadre de l'enquête familiale portant sur l'affection suivante ……..…… ……

Elle sera réalisée dans un laboratoire autorisé à les pratiquer et par des praticiens agréés.

Les résultats de ces études ne seront transmis qu'au médecin prescripteur qui m'en fera part. Ils ne pourront être communiqués à autrui sans mon autorisation expresse.

- Les prélèvements ou leurs dérivés (ADN, ARN, culots ou lignées cellulaires) pourront être conservés à des fins médicales diagnostiques ultérieures dans une biothèque. Seul le Dr……, pourra faire procéder à des examens dans le but du diagnostic de mon affection.

- Ces analyses peuvent révéler un risque pour des affections autres que celle étudiée. J'en serai informé(e) uniquement si ces informations comportent un bénéfice direct en l'état actuel des connaissances, c'est-à-dire si elles apportent une possibilité de prévention et/ou de traitement pour moi ou ma famille. Je comprends les enjeux éventuels de ces informations imprévues.

☐Je donne mon consentement ☐ Je ne donne pas mon consentement
pour ce prélèvement et, à tout moment, je peux demander l'interruption des études entreprises et la destruction du matériel biologique conservé.

Fait à ……. Le …….

Signature du/de la patient(e)

ATTESTATION DU MEDECIN PRESCRIPTEUR

Je soussigné(e), Dr …….. atteste avoir apporté les informations nécessaires à la compréhension de la nature et de la finalité de l'analyse, pour M / Mme …….. conformément à l'article 16-11 du Code Civil et à l'article R415-15-5 du décret n°2000-570 du 20 juin 2000.

Fait à ……. Le ……

Signature du praticien

Conformément à la loi Informatique et Libertés, je peux exercer mon droit d'accès et de rectification des données qui me concernent.