

	<b>HOPITAL ARMAND TROUSSEAU AP – HP</b> 26, rue du Dr Arnold Netter – 75571 PARIS Cedex 12 <b>Service de Génétique et d'Embryologie Médicales</b> Pr. Jean-Pierre SIFFROI Bâtiment Ketty Schwartz, porte B <b>Unité Fonctionnelle de Cytogénétique Constitutionnelle</b>  ☎ : 01 44 73 52 80/52 81 ☎ : 01 44 73 52 82	Date de création : 14/05/2012	Date de révision : 19/01/2015
			Page1/1

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

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

Nous soussignés M ..... né le .....  
Mme ..... née le.....  
Demeurant à .....  
Père, mère, représentant légal de l'enfant .....

Déclarons 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 notre enfant pour aider au diagnostic génétique de l'affection qu'il présente .....

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 nous en fera part. Ils ne pourront être communiqués à autrui sans notre 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 l'affection de notre enfant.

- Ces études peuvent nécessiter des prélèvements supplémentaires chez notre enfant ou chez nous même.

**- Ces études peuvent révéler un risque pour des affections autres que celle étudiée chez notre enfant. Nous en serons informés 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 notre enfant ou notre famille. Nous comprenons les enjeux éventuels de ces informations imprévues.**

- Si l'étude pratiquée chez notre enfant présente un intérêt scientifique, elle pourra faire l'objet d'une présentation anonyme à des réunions scientifiques ou d'une publication également anonyme dans une revue scientifique.

Nous donnons notre consentement  Nous ne donnons pas notre consentement  
pour ce prélèvement et, à tout moment, nous pouvons demander l'interruption des études entreprises et la destruction du matériel biologique conservé.

Fait à ..... Le .....

**Signature des parents ou représentant légal de l'enfant**

**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 l'enfant ..... 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.