

EXAMEN DES CARACTERISTIQUES GENETIQUES  
(CYTOGENETIQUE OU GENETIQUE MOLECULAIRE \*)  
ET/OU CONSERVATION DANS UNE BANQUE D'ADN

(Décret n° 2008-321 du 4 avril 2008)

IDENTIFICATION DU PATIENT	IDENTITE DES TITULAIRES DE L'AUTORITE PARENTALE SI MINEUR ou TUTEUR/CURATEUR	
Nom :	Mère :	Père :
Prénom :	Nom :	Nom :
Date de naissance :	Prénom :	Prénom :

**CONSENTEMENT DU PATIENT\***

Je soussigné(e), sus nommé(e), reconnais avoir été informé(e) par le Pr / Dr : ..... sur les examens des caractéristiques génétiques qui seront réalisés à partir :

- Du (des) prélèvement(s) qui m'a (ont) été effectué(s)  
 Du (des) prélèvement(s) qui a (ont) été pratiqué(s) sur mon enfant mineur  
 Du (des) prélèvement(s) qui a (ont) été pratiqué(s) sur la personne dont j'assure la tutelle/curatelle

Pour (préciser le nom de la pathologie) :

Je donne mon consentement pour ce prélèvement et je reconnais avoir reçu l'ensemble des informations conformément aux articles R.162-16-7 du décret n° 95-559 du 6 mai 1995 et R.145-15-4 du décret n° 2000-570 du 23 juin 2000 du code de la santé publique, permettant la compréhension de cet acte biologique et sa finalité :

- Dans certains cas, les résultats pourraient être importants pour d'autres personnes de votre famille. J'autorise le médecin prescripteur à communiquer mes résultats au(x) médecin(s) prenant en charge un (des) membres de ma famille si cela peut avoir des implications directes pour lui (eux)
- Après anonymisation, j'autorise la communication à la communauté médicale et scientifique de données médicales et génétiques me concernant (ou mon enfant mineur), qui peuvent éventuellement être utiles (par l'intermédiaire de bases de données par exemple)
- L'interprétation complète des résultats peut reposer sur la définition de la parenté biologique qui peut être analysée sur ces prélèvements.
- Seuls les variants sur des gènes en rapport avec l'indication seront analysés.
- Seuls les variants pathogènes ou probablement pathogènes pouvant rendre compte du phénotype du patient seront rendus de façon systématique.
- Ce résultat ne sera pas obligatoirement définitif : en cas de résultat négatif, de nouvelles analyses pourront être pratiquées en fonction de l'évolution des bases de données publiques, et des algorithmes d'analyses.
- Une fois l'étude terminée, j'autorise que le(s) prélèvement(s) soi(en)t inclus dans une collection d'échantillons de recherche et utilisé(s) à des fins de recherche sur l'affection dont je suis atteint(e) (ou mon enfant mineur).

Fait à ..... , le ..... SIGNATURE :

**ATTESTATION DU MEDECIN\***

Signature et cachet :

Conformément à l'article R. 1131-4 du décret n° 2008-321 du 4 avril 2008, je certifie avoir informé le (ou la) patient(e) sus nommé(e) sur les caractéristiques de la maladie recherchée, des moyens de la détecter, du degré de fiabilité des analyses, des possibilités de prévention et de traitement, ainsi que des modalités de transmission génétique de la maladie recherchée et de leurs possibles conséquences chez d'autres membres de la famille. Je certifie avoir recueilli le consentement de (ou de la) patient(e) dans les conditions de l'article R. 1131-5

**\*RAPPEL CONCERNANT LA LEGISLATION**

(Conformément au décret n° 2008-321 du 4 avril 2008 relatif à l'examen des caractéristiques génétiques d'une personne ou à son identification par empreintes génétiques à des fins médicales) :  
**Le médecin prescripteur** doit conserver le consentement écrit et les doubles de la prescription de l'examen des caractéristiques génétiques et des comptes rendus d'analyses de biologie médicale commentés et signés, dans le dossier médical de la personne concernée, dans le respect du secret professionnel (Art. R. 1131-20).

**Le laboratoire agréé** réalisant les examens doit :

- disposer de la prescription et de l'attestation du prescripteur (Art. R. 1131-5),
- adresser le compte rendu des analyses génétiques commenté et signé par le praticien agréé conformément à l'article R.1131-6 ou par le praticien responsable de ces analyses (Art.R.1131-19).

Conformément au Règlement Général sur la Protection des Données personnelles\* et aux dispositions de la Loi Informatique et Libertés\*\*, je peux exercer mes droits d'accès, de rectification, d'opposition, de limitation du traitement ou soumettre toute autre demande sur ces données en écrivant au service du Référent à la protection des données (huep.protectiondesdonnees@aphp.fr). Pour toute réclamation relative au traitement de mes données de santé, je peux saisir la CNIL.