

**SERVICE D'HEMATOLOGIE BIOLOGIQUE
CENTRE DE REFERENCE DES PATHOLOGIES PLAQUETTAIRES**

Hôpital Armand Trousseau 26, avenue du Dr Netter 75012 – PARIS

Tél : 01 44 73 62 22- fax 01 44 73 63 33



**EXAMEN DES CARACTERISTIQUES GENETIQUES
GENETIQUE MOLECULAIRE ET/OU CONSERVATION DANS UNE BANQUE D'ADN
(decret n° 2008-321 du 4 avril 2008)**

CONSENTEMENT DU PATIENT*

Identification du Patient Nom : Prénom : Date de Naissance :	IDENTITE DES TITULAIRES DE L'AUTORITE PARENTALE SI MINEUR ou TUTEUR/CURATEUR Mère : Nom : Prénom :	Père : Nom : Prénom/
---	---	----------------------------

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 :

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

Pour (préciser 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.

- 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.
- l'interprétation complète des résultats peut reposer sur la définition de la parenté biologique qui peut être analysée sur ces prélèvements

Ce résultat ne sera pas obligatoirement définitif: en cas de résultat négatif, de nouvelles analyses pourront être pratiquées en fonction de l'évolution des données publiques disponibles, et de nos capacités et moyens d'analyse

Dans certains cas, les résultats pourraient être importants pour d'autres personnes de votre famille. J'autorise le médecin prescripteur à communiquer mes résultats aux médecin(s) prenant en charge un (des) membres de ma famille si cela peut avoir des implications directes pour lui (eux)

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).

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)

SIGNATURE :

Fait à Paris le.....

ATTESTATION DU MEDECIN*

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	Signature et cachet :
--	-----------------------

***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 (

PROTECTION DES DONNEES PERSONNELLES : les informations personnelles recueillies via ce formulaire sont enregistrées dans un fichier informatisé par l'AP-HP/GUHEP pour offre de soins et hospitalisation. Elles sont destinées aux services internes et à aucune autre finalité que la présente ; leur durée de conservation est de 5 ans à compter de la fin du traitement ou de l'étude – Conformément au « Règlement Général sur la Protection des Données Personnelles [RGPD]** et aux dispositions de la loi Informatiques et Libertés***, vous pouvez exercer vos droits d'accès, de rectification, d'opposition, de limitation du traitement etc...soumettre toute autre demande sur vos données en écrivant au service du Référent de protection des données : huep.protectiondesdonnees@aphp.fr

** Règlement Européen UE 2016/679 du 27 avril 2016 et appliqué le 25/05/2018 - *** Loi 78-17 du 06 janvier 1978 modifiée en 2004 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés.