

CONSENTEMENT DE PRELEVEMENT D'IMMUNOLOGIE PLAQUETTAIRE DANS UN BUT D'ETUDE GENETIQUE ET/OU DE CONSERVATION DANS LA BANQUE D'ADN

Je soussigné(e) :

NOM

Prénom

Date de naissance []

Demeurant à

Autorise le Docteur []

à effectuer ou faire effectuer les études génétiques*

Pour :

moi-même

mon enfant

NOM

Prénom

qui peuvent aider au diagnostic ou à la prévention de la maladie dont je suis atteint(e) ou que présente un membre de ma famille.

Le médecin consulté m'a expliqué la nature des études qui seront effectuées sur mon prélèvement sanguin, notamment le fait qu'elles font appel aux techniques de biologie moléculaire.

J'autorise le recueil, la saisie et le traitement des données contenues dans mon dossier médical, en toute confidentialité. J'ai été informé(e) que, conformément aux dispositions de la loi relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, je dispose d'un droit d'accès et de rectification par l'intermédiaire du médecin que j'aurai désigné à cet effet.

Cette étude peut s'étendre sur plusieurs années, le prélèvement de sang peut être conservé le temps nécessaire dans une banque d'ADN, il peut être utilisé pour des études scientifiques ultérieures à des fins de recherches biomédicales, et à tout moment je peux demander que le sang prélevé ou les produits de celui-ci (notamment l'ADN extrait) me soit restitués.

Dûment informé(e), j'ai :

demandé

refusé

que les résultats de ces études me soient communiqués.

Fait à, le []

Signature du patient et/ou d'un ou des titulaire(s) de l'autorité parentale

Signature du médecin

Un exemplaire cosigné doit être remis à la personne qui a accepté le prélèvement.

***Préciser le type d'analyse**