(Décret N°2008-321 du 4 avril 2008)

Document disponible sur demande à la Réception des Prélèvements (tel : 6472)
1 COPIE à envoyer au laboratoire avec l'échantillon
1 COPIE à conserver dans le dossier médical

ATTESTATION DE CONSULTATION MEDICALE INDIVIDUELLE, préalable à la réalisation des examens des caractéristiques génétiques d'une personne et de son identification par empreintes génétiques à des fins médicales.

Je soussigné……Docteur en Médecine,

Conformément aux articles R.1131-4 et R. 1131-5 du décret n° 2008-321 du 4 avril 2008, certifie avoir reçu en consultation ce jour le (la) patient(e) sous-nommé(e) afin de lui apporter les informations sur les caractéristiques de la maladie recherchée, des moyens de la détecter, des possibilités de prévention et de traitement.

Fait à Villejuif , le …….

Signature du médecin	Coordonnées du Médecin Prescripteur

CONSENTEMENT POUR LA REALISATION D'EXAMENS DES CARACTERISTIQUES GENETIQUES D'UNE PERSONNE, conformément aux articles 1131-4 et 1131-5 du 4 avril 2008

Je soussigné(e) M……né (e) le ……

Demeurant à : ……..

Reconnais avoir reçu du Dr…… les informations sur les examens des caractéristiques génétiques qui seront réalisés afin :

☐ de confirmer ou d'infirmer le diagnostic d'une maladie génétique en relation avec mes symptômes ;

☐ de confirmer ou d'infirmer le diagnostic pré-symptomatique d'une maladie génétique ;

☐ d'identifier un statut de porteur sain (recherche d'hétérozygote ou d'un remaniement chromosomique)

☐ d'évaluer ma susceptibilité génétique à une maladie ou à un traitement médicamenteux.

Pour cela, je consens :

☐ au prélèvement qui sera effectué chez moi

☐ au prélèvement qui sera effectué chez mon enfant mineur ou une personne majeure sous tutelle

Si une partie du prélèvement reste inutilisée après examen,

… je consens à ce qu'il puisse être intégré, le cas échéant, à des fins de recherche scientifique.

Dans ce cas, l'ensemble des données médicales me concernant seront protégées grâce à une anonymisation totale. En conséquence, je suis conscient que ces études scientifiques effectuées ne seront sans aucun bénéfice ni préjudice pour moi.

Fait à , le …….

Signature du patient adulte :
ou du représentant légal de l'enfant mineur :
ou du tuteur légal de l'adulte sous tutelle :

 Seule la version électronique fait foi