

A établir en 2 exemplaires : 1 exemplaire à joindre au prélèvement – 1 exemplaire à conserver dans le dossier médical

ATTESTATION DE CONSULTATION MEDICALE INDIVIDUELLE

Je soussigné(e), Dr ,

Certifie avoir reçu en consultation le (la) patient(e) sous-nommé(e), l'avoir informé(e) (ou son représentant légal) des caractéristiques de la maladie recherchée, des moyens de la détecter, des possibilités de prévention, de traitement, des modalités de transmissions génétiques et les possibles conséquences chez les autres membres de sa famille, et avoir recueilli le consentement dans les conditions des articles R.1131-4 et R1131-5 du code de la santé publique.

Fait à, Le |_|_| / |_|_| / |_|_|_|_|

Signature et tampon du médecin

CONSENTEMENT POUR LA REALISATION D'EXAMENS DES CARACTERISTIQUES GENETIQUES

Conformément aux articles R.1131-4 et R.1131-5 du code de la santé publique

Je soussigné(e) né(e) le |_|_| / |_|_| / |_|_|_|_|

- Reconnais avoir reçu par le Dr les informations sur les examens des caractéristiques génétiques qui seront réalisés afin de (à compléter par le médecin) :
 - Rechercher une origine génétique à la maladie
 - Proposer un diagnostic prédictif (gène / mutation):
 - Enquête familiale (gène / mutation):
 - Autre :
- Pour cela, je donne mon consentement pour :
 - Le prélèvement effectué sur moi même
 - Le prélèvement effectué sur mon enfant mineur ou une personne majeure sous tutelle dont je suis le représentant légal (Nom du patient :))
 - Le prélèvement effectué sur mon fœtus
- Je suis informé(e) que les résultats de l'examen seront transmis par le médecin prescripteur dans le cadre d'une consultation individuelle. Si l'examen révèle des résultats autres que ceux recherchés, le médecin déterminera la conduite à tenir lors d'une consultation individuelle.
- J'ai compris que les résultats de l'analyse pourront amener à préconiser un bilan au sein de la famille et que les modalités d'information de la famille seront précisées à l'issue de la consultation de rendu du résultat (article L1131-1 du code de la santé publique)
- Je peux à tout moment décider de ne pas poursuivre cette démarche. Les données génétiques et le matériel biologique pourront être détruits à ma demande. J'en informerai dans ce cas le médecin désigné ci-dessus.
- Si une partie du prélèvement reste inutilisée après l'examen,
 - J'accepte que mes échantillons biologiques soient conservés et utilisés à des fins de recherche médicale. Les données seront anonymisées, dans les conditions fixées par la loi.

Fait à, Le |_|_| / |_|_| / |_|_|_|_|

*Signature du patient adulte ou du
représentant légal*