



**Attestation de consultation et Consentement  
 en vue d'un examen des caractéristiques génétiques d'une personne**

(en référence au décret n° 2008-321 du 4 avril 2008 - arrêté du 27 mai 2013)

• 1 copie à envoyer au laboratoire avec le prélèvement

• 1 copie à conserver dans le dossier médical

**ATTESTATION DE CONSULTATION**

Je soussigné ..... Docteur en Médecine certifie avoir informé le (la) patient(e) sus-nommé(e) sur les caractéristiques de la maladie recherchée, les moyens de la détecter, les possibilités de prévention et de traitement, et avoir recueilli le consentement du (de la) patient(e) dans les conditions des articles n° R.1131-4, n° R.1131-5 et n° R 1131-20 du code de la santé publique.	<b>SIGNATURE ET CACHET DU MÉDECIN :</b>
	Fait à ....., le.....

**CONSENTEMENT**

Conformément aux articles n° R.1131-4, n° R.1131-5 et R 1131-20 du code de la santé publique.

<b>IDENTIFICATION</b> NOM : Prénom : Sexe : Date de naissance :                      Age : Adresse :	<b>IDENTITÉ DU TITULAIRE DE L'AUTORITÉ PARENTALE SI MINEUR</b>  NOM : Prénom :
---	---

Je soussigné(e), susnommé(e), reconnais avoir reçu(e) par le Dr .....les informations sur les examens des caractéristiques génétiques suivants :

**Inscrire clairement l'analyse demandée et/ou le nom de la pathologie**

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 ;
- au prélèvement qui sera effectué chez mon fœtus.

Je suis informé(e) que les résultats de l'examen des caractéristiques génétiques me seront transmis par le Docteur susnommé dans le cadre d'une consultation individuelle. Dans certains cas, les résultats pourraient être importants pour d'autres personnes de ma 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).

Si une partie du prélèvement reste inutilisée après examen,

- Je consens à la conservation du matériel génétique dans une banque d'ADN sous la responsabilité du service de Génétique Chromosomique et Moléculaire.
- 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