

SERVICE DE GÉNÉTIQUE CLINIQUE

Professeur Bruno LEHEUP / 03 83 15 36 22

Docteur Laëtitia LAMBERT / 03 83 34 43 76

Docteur Mathilde RENAUD

Mélanie BÉRARD Conseillère en génétique

Axelle RIVIÈRE Conseillère en génétique

LABORATOIRE DE GÉNÉTIQUE

Docteur Céline BONNET 03 83 15 37 71

labo.gene@chru-nancy.fr

ATTESTATION DE CONSENTEMENT ECLAIRÉ POUR L'EXAMEN DES CARACTÉRISTIQUES GÉNÉTIQUES D'UNE PERSONNE

Je soussigné(e) atteste avoir reçu du médecin ou de conseiller en génétique sous la responsabilité du, les informations concernant l'examen des caractéristiques génétiques qui m'est proposé, qui sera réalisé à partir

du/des prélèvements biologiques pratiqués sur moi-même

du/des prélèvements biologiques pratiqués sur mon enfant / mon fœtus / sur la personne placée sous tutelle

et consens à l'examen génétique dans le cadre de :

J'ai été informé(e) :

- de mon droit à faire, à tout moment, la demande que cette étude soit interrompue, que les résultats ne me soient pas communiqués ou que les échantillons stockés soient détruits ;
- que l'interprétation complète de ces résultats repose, dans certaines situations, sur la définition de la parenté biologique, qui peut être analysée à partir de ces prélèvements ;
- de ma responsabilité concernant mon devoir d'information familiale, si une anomalie génétique grave dont les conséquences sont susceptibles de mesures de prévention, y compris de conseil génétique, ou de soins était mise en évidence.

Le résultat de cet examen me sera rendu et expliqué par le médecin prescripteur (ou par délégation au conseiller en génétique) en l'état actuel des connaissances dans le cadre d'une consultation médicale individuelle.

J'autorise si nécessaire la conservation d'un échantillon biologique issu du prélèvement concerné et son utilisation ultérieure pour poursuivre les investigations dans le cadre de la même démarche diagnostique , en fonction de l'évolution des connaissances.	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
La technique utilisée peut éventuellement révéler des informations génétiques sans lien avec la pathologie concernée, mais pouvant avoir un impact sur ma santé ou celle d'apparentés . Je souhaite être informé(e) de ces résultats.	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
J'autorise la transmission d'un échantillon ainsi que des données médicales nécessaires, dont d'éventuelles photographies, à un autre laboratoire pour compléter cette étude génétique .	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
J'autorise l' enregistrement et la conservation des données médicales et génétiques utiles à la gestion de la démarche diagnostique dans des bases de données informatiques extérieures au CHRU.	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

Dans le cadre de la démarche diagnostique, une partie du prélèvement concerné peut ne pas être utilisée. J'autorise sa conservation et son utilisation pour des études d'assurance de la qualité interne au laboratoire.	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
J'autorise l'utilisation anonymisée des données médicales et/ou d'une partie des prélèvements dans le cadre de projets de recherche sans bénéfice direct.	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

J'ai eu la possibilité de poser toutes les questions que je souhaitais au médecin ou conseiller en génétique qui m'a prescrit cette analyse et j'en ai eu des réponses complètes et adéquates.

Fait à

le

Nom et signature du médecin ou conseiller en génétique par délégation

qui atteste avoir apporté les informations définies selon les modalités réglementaires

IDENTITÉ du PATIENT	IDENTITÉ du REPRÉSENTANT LÉGAL (mineur ou majeur sous tutelle)	
Nom :	Nom :	Nom :
Prénom :	Prénom :	Prénom :
Date de naissance :	Date de naissance :	Date de naissance :
Signature :	Lien avec le patient :	Lien avec le patient :
	Signature :	Signature :