



**FORMULAIRE DE CONSENTEMENT POUR ÉTUDE DE GÉNÉTIQUE CONSTITUTIONNELLE**  
**Laboratoire de Biochimie Biologie Moléculaire Nutrition**  
**Centre de Référence des Maladies Héréditaires du Métabolisme**

Conformément aux articles R.1131-4 et R.1131-5 du code de la santé publique (décret n°2008-321 du 4 avril 2008 – arrêté du 27 mai 2013). (Établi en 3 exemplaires : Le 1<sup>er</sup> remis à l'intéressé(e) le 2<sup>e</sup> reste dans le dossier du patient et le 3<sup>e</sup> est envoyé au laboratoire avec le prélèvement).

<b>Je soussigné(e),</b> <b>Nom :</b> _____ <b>Prénom :</b> _____ <b>Date de naissance :</b> ___/___/____	<b>Ou agissant en qualité de parent/ représentant légal de l'enfant mineur ou de la personne majeure sous tutelle <sup>(1)</sup></b> <b>Nom :</b> _____ <b>Prénom :</b> _____ <b>Date de naissance :</b> ___/___/____
---	--

**Certifie avoir été informé par le Docteur / Professeur<sup>(1)</sup> Nom :** \_\_\_\_\_ **Prénom :** \_\_\_\_\_ **des raisons et des conditions de l'étude génétique me concernant ou concernant mon enfant mineur et portant sur :**

**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).
- d'évaluer ma susceptibilité génétique à une maladie ou à un traitement médicamenteux.

**Je reconnais également avoir été informé(e) :**

- que les résultats obtenus ont un caractère strictement confidentiel.
- que les examens seront réalisés par un laboratoire spécialisé et agréé.
- que je pourrais avoir connaissance, par l'intermédiaire du médecin prescripteur, des résultats ainsi que toute information confidentielle me concernant ou concernant mon enfant mineur.
- que les données nominatives me concernant peuvent faire l'objet d'un traitement automatisé. Le droit d'accès et de rectification prévu par la Loi informatique et Libertés s'exerce à tout moment auprès du Directeur des Affaires Générales de l'hôpital où le prélèvement a été effectué. L'accès aux informations de nature médicale peut être direct ou par l'intermédiaire du médecin de mon choix.

**Donne mon accord pour l'enregistrement des données médicales nécessaires à ces examens.**

**Consens à effectuer ou à faire effectuer un prélèvement :**

- Sanguin       Tissulaire       Autre : \_\_\_\_\_
- Chez moi
- Chez mon enfant mineur ou la personne majeure sous tutelle concernée

Déclare que si une partie du prélèvement reste inutilisé après l'examen, j'accepte qu'elle soit conservée et intégrée, le cas échéant, dans un projet à des fins de recherche scientifique dans le laboratoire de Biochimie Biologie Moléculaire Nutrition du CHRU de Nancy (Pr. J.L. Guéant). 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.

<b>Fait à :</b> _____ <b>le :</b> ___/___/____	<b>Signature du patient adulte ou du représentant légal de l'enfant mineur ou de la personne majeure sous tutelle :</b>
---	---

(1) Rayer la mention inutile

**ATTESTATION DE CONSULTATION**

Préalable à la réalisation des examens des caractéristiques génétiques d'une personne à des fins médicales  
 Je soussigné, **Docteur / Professeur** <sup>(1)</sup> \_\_\_\_\_, conformément aux articles R.1131-4 et R.1131-5 du code de la santé publique, certifie avoir reçu en consultation ce jour le(la) patient(e) susnommé(e) afin de lui apporter les informations sur les caractéristiques de la maladie explorée, des moyens de la détecter, des possibilités de prévention et de traitement.

**Fait à :** \_\_\_\_\_      **le :** \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_      **Signature et tampon du médecin :**

(1) Rayer la mention inutile