Formulaire

**GENE-Consentement thrombophilie**

***ENTÊTE RÉSERVÉE : MERCI DE NE RIEN INSCRIRE***

**LABORATOIRE DE GÉNÉTIQUE**

03 83 15 37 71

[labo.gene@chru-nancy.fr](mailto:labo.gene@chru-nancy.fr)

**Docteur Céline BONNET**

**CONSENTEMENT ECLAIRÉ POUR LA RECHERCHE GÉNÉTIQUE DE FACTEURS DE RISQUE DE THROMBOSE**

Je soussigné(e) atteste avoir reçu du ……………………………….….… , médecin ou de …………………….…….………… , ………………………………. sous la responsabilité du ………………………………, médecin, 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 rechercher des facteurs génétiques de risque de thrombose.**

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 la transmission d’un échantillon ainsi que des données médicales nécessaires à un autre laboratoire pour **compléter cette étude génétique.** | □ Oui □ 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 de Nancy. | □ Oui □ 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. | □ Oui □ 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. | □ Oui □ Non |

|  |
| --- |
| *Nom et signature du médecin ou conseiller en génétique par délégation*  **qui atteste avoir apporté les informations définies**  **selon les modalités réglementaires** |

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 05/12/2023

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

Document établi avec les dispositions réglementaires actuellement en vigueur (Art. 16-10 à 16-13 du Code civil, Art. L1131-1 à 1131-7 et R 1131-1 à 1131-1-4 du Code de la santé publique modifiés par la Loi n°2011/814 du 7 juillet 2011, décret n°2013-527 du 20 juin 2013, Arrêté du 8 décembre 2014)