

## ATTESTATION DE CONSULTATION DU MEDECIN

Date : |\_|\_|/|\_|\_|/|\_|\_|\_|\_|

Nom et Signature : .....

Je certifie avoir informé le (ou la) patient(e) sus nommé(e) ou son représentant légal sur les caractéristiques de la maladie recherchée, les moyens de la diagnostiquer, les possibilités de prévention et de traitement, le stockage de son prélèvement, le traitement informatisé des données collectées, et avoir recueilli le consentement du (ou de la) patient(e) ou de sa tutelle dans les conditions prévues par le code de la santé publique (articles R1131-4 et 5).

### CONSENTEMENT

**pour l'examen des caractéristiques GENETIQUES d'une personne, la conservation des échantillons dans une banque d'ADN ou centre de ressources biologiques et l'informatisation des données collectées**

#### **1. Examen des caractéristiques génétiques**

J'ai déjà réalisé un don de gamètes  oui  non

Je reconnais avoir reçu du Dr ..... ou du conseiller génétique .....

sous sa responsabilité, l'ensemble des informations me permettant la compréhension de la finalité des examens génétiques réalisés sur

(des) prélèvement(s) pratiqué(s) sur moi-même

(des) prélèvement(s) pratiqué(s) sur le patient dont je suis le représentant légal

**pour : préciser obligatoirement le nom de la pathologie ou l'indication de l'examen réalisé et sa nature**

#### **Mes/ses résultats :**

Je souhaite être informé du résultat de l'examen réalisé

▪ en lien direct avec ma/sa maladie

oui  non

▪ sans lien direct avec ma/sa pathologie mais pouvant avoir un impact sur ma/sa santé ou celle de mes apparentés.

oui  non

Le résultat de l'examen me sera rendu et expliqué en l'état actuel des connaissances par le

médecin qui me l'a prescrit. Ce dernier m'expliquera les moyens de prise en charge nécessaire le cas échéant.

J'autorise, dans le respect du secret médical et en fonction de l'évolution des connaissances, la transmission des informations de

mon/son dossier médical nécessaires aux médecins concernés par cet examen des caractéristiques génétiques.

oui  non

#### **Parentèle :**

J'ai compris que si une anomalie génétique pouvant être responsable d'une prédisposition ou d'une affection grave était mise en évidence, je devrai permettre la transmission de cette information au reste de ma/sa famille.

J'ai été averti que mon silence pouvait leur faire courir des risques ainsi qu'à leur descendance, dès lors que des mesures de prévention, y compris de conseil génétique ou de soins, peuvent être proposées.

Ainsi, lors du rendu des résultats, je devrai choisir entre :

assurer moi-même cette diffusion d'information génétique aux membres de ma/sa famille.

autoriser le médecin prescripteur à cette diffusion d'information génétique aux membres de ma/sa famille.

#### **2. Conservation des échantillons dans une banque d'ADN ou un centre de ressources biologiques**

J'autorise la conservation d'un échantillon de matériel biologique issu de mes/ses prélèvement et

son utilisation ultérieure pour poursuivre les investigations sans que l'on me recontacte

▪ dans le cadre de cette même démarche diagnostique,

oui  non

▪ dans le cadre de la recherche scientifique sur une partie de mon/son prélèvement non utilisé pour le diagnostic

oui  non

#### **3. Informatisation de toute donnée médicale et génétique collectées à l'occasion de cet examen**

La communication des données me concernant (ou concernant mon enfant mineur), peut être utile à la communauté médicale

et scientifique. J'autorise, après anonymisation, leur communication (je serai éventuellement recontacté(e))

oui  non

Conformément aux dispositions de la loi relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, je pourrai exercer par courrier ou email mes droits d'accès, de rectification et d'opposition, d'effacement et de portabilité auprès du médecin en charge de mon dossier médical.

*Etiquette patient*

**Patient :** .....

**Représentant (s) légal(aux)** (si patient mineur ou sous tutelle)

**Père/ Mère/ Autre** .....

Date |\_|\_|/|\_|\_|/|\_|\_|\_|\_|

Signature :