



Consentement pour l'examen des caractéristiques génétiques d'une personne et la conservation des échantillons

FOR-MU-PREPO-058-v04
Date d'application : 28/04/2025
Visa Qualité : VAL

Laboratoire B2A Saut-le-Cerf : 11 ch la Belle au Bois Dormant, 88000 Epinal ; Tél 03 29 68 49 58 ♦ Fax 03 29 68 49 59 ♦ genetique@b2a.fr
Praticiens référents : Dr Margaux BIEHLER, Dr Pierre FILHINE TRESARRIEU, Dr Gérard LEFAURE

CONSENTEMENT DU/DE LA PATIENT(E)		
IDENTIFICATION du PATIENT (étiquette ou nom, prénom, date de naissance)	IDENTITE du REPRESENTANT LEGAL (si patient mineur ou majeur sous tutelle)	
	Nom :	Prénom : Date de naissance :
Lien avec le patient :		

Je soussigné(e), sus nommé(e), reconnais avoir été informé(e) par :
 Dr..... Sage-femme.....
 Conseiller en génétique.....sous la responsabilité du Dr.....

quant aux examens des caractéristiques génétiques qui seront réalisés à partir du (des) prélèvement(s) pratiqué(s) :
 sur moi-même sur mon enfant mineur ou sur la personne placée sous tutelle.

Pour : (préciser obligatoirement le nom de la pathologie ou l'indication de l'examen)

Je reconnais avoir reçu l'ensemble des informations permettant la compréhension de cet examen et sa finalité.
 Je suis informée que le résultat de l'examen me sera rendu et expliqué en l'état actuel des connaissances par le médecin qui me l'a prescrit lors d'une consultation. Ce dernier m'expliquera les moyens de prise en charge nécessaire le cas échéant.

Je souhaite être informé(e) du résultat de l'examen réalisé Oui Non
J'autorise, dans le respect du secret médical :

- La transmission des informations de mon/son dossier médical nécessaires aux médecins concernés par cet examen. Oui Non
- La conservation d'un échantillon de matériel génétique issu de mes/ses prélèvements et son utilisation ultérieure pour poursuivre les investigations dans le cadre de cette même démarche diagnostique, selon l'évolution des connaissances. Oui Non
- La conservation des données utiles à la gestion de la démarche diagnostique et de mon/son dossier dans des bases de données informatiques déclarées à la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (CNIL). Oui Non

Des informations génétiques sans lien direct avec ma/sa pathologie avec impact possible sur ma/sa santé ou celle de mes/ses apparentés, peuvent être découvertes. **Je souhaite être informé(e) de ces résultats.** Oui Non

Une partie de mon prélèvement peut ne pas être utilisée dans le cadre de l'analyse demandée ci-dessus. J'autorise :

- La conservation de mon prélèvement et son utilisation pour des études de la qualité interne au laboratoire. Oui Non
- Le stockage et l'utilisation anonymisée de mes données médicales et/ou d'une partie de mon /mes prélèvements dans le cadre de projets de recherche sans bénéfice direct. Oui Non

J'ai compris que si une anomalie grave était mise en évidence, je devrai favoriser la transmission de cette information au reste de ma famille. J'ai été averti(e) 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 diffuser l'information génétique aux membres de ma/sa famille.
- J'autorise, dans le respect du secret médical,** l'utilisation des résultats par le médecin prescripteur au profit des Oui Non membres de ma/sa famille, si ces résultats apparaissent médicalement utiles pour eux.

Conformément aux dispositions de la loi relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, je dispose d'un droit d'accès et de rectification par l'intermédiaire du Dr.....

Attention, le consentement non rempli et/ou non signé par le patient empêche la réalisation de l'examen.

Fait à :	Signature du patient ou de son représentant légal	Signature du patient mineur ou majeur sous tutelle (si possible)
Le :/...../.....		

Rappel de la législation : loi n° 2001-800 du 6 août 2004, loi n° 2011-814 du 7 juillet 2011, arrêté du 27 mai 2013, décret n° 2013-527 du 20 juin 2013

ATTESTATION DE CONSULTATION par le prescripteur	
Je certifie avoir informé le/la patient(e) sus nommé(e) ou son tuteur légal 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 prévues par le code de la santé publique (articles n°R1131-4 et 5).	
Date :/...../.....	Signature et cachet du médecin/sage-femme/conseiller(e) en génétique sous la responsabilité du Dr.....