



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

FOR-MU-PREPO-058-v05
Date d'application : 01/06/26
Visa Qualité : VAL

Laboratoire B2A ♦ Tél : 03 29 68 49 58 ♦ Email : genetique@b2a.fr ♦ Biologistes référents : Dr Margaux BIEHLER, Dr Pierre FILHINE TRESARRIEU,

CONSENTEMENT DU/DE LA PATIENT(E)

IDENTIFICATION du PATIENT		IDENTITE du REPRESENTANT LEGAL (si patient mineur ou majeur sous tutelle)*	
Nom :		Nom :	Prénom :
Prénom :			Date de naissance :
Date de naissance :		Lien avec le patient :	

*Un examen génétique n'est prescrit chez un mineur ou majeur sous tutelle que si lui-même ou sa famille peut bénéficier de mesures préventives ou curatives immédiates. Dans le cas contraire, l'examen pourra être proposé dès que le mineur aura atteint sa majorité (Article R. 1131-5 du code de la santé publique).

Je soussigné(e), sus nommé(e), reconnais avoir été informé(e) par Dr..... OU **conseiller en génétique**.....sous la responsabilité du Dr.....quant à/aux examen(s) des caractéristiques génétiques réalisé(s) sur : moi-même mon enfant mineur la personne majeure sous tutelle

Pour : (préciser 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 et je consens à sa réalisation. Le résultat me sera rendu et expliqué en l'état actuel des connaissances par le prescripteur de l'examen, qui m'expliquera les moyens de prise en charge nécessaire le cas échéant.

Je souhaite être informé(e) par le prescripteur du résultat de l'examen réalisé (*item obligatoire*) : **Oui** **Non**

J'autorise, dans le respect du secret médical (*item obligatoire*) :

- La transmission des informations de mon/son dossier médical nécessaires aux médecins concernés par cet examen. **Oui** **Non**
- La conservation de matériel biologique issu de mes/ses prélèvement(s) et son utilisation ultérieure pour poursuivre les investigations dans le cadre de cette même démarche diagnostique. **Oui** **Non**
- La conservation des données utiles dans des bases de données informatiques déclarées à la 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**

Si une partie du matériel biologique issu de mes/ses prélèvements reste inutilisée après l'examen demandé, j'autorise son utilisation éventuelle avec anonymisation totale pour :

- Des études de qualité interne au laboratoire **Oui** **Non** ; - Des projets scientifiques sans bénéfice direct **Oui** **Non**

J'ai compris que si une anomalie génétique pouvant être responsable d'une prédisposition ou affection grave justifiant de mesures de prévention, de conseil génétique ou de soins était identifiée, je devrai permettre la transmission de cette information à ma/sa famille en choisissant 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.

D'ores et déjà, j'autorise, dans le respect du secret médical, l'utilisation des résultats par le médecin prescripteur au profit des membres de ma/sa famille, si ces résultats apparaissent médicalement utiles pour eux : **Oui** **Non**

Les informations recueillies font l'objet d'un traitement informatique par le laboratoire pour votre prise en charge médicale et la gestion de la facturation. Conformément au RGPD et à la loi « Informatique et Libertés », vous disposez d'un droit d'accès, de rectification, d'opposition et d'effacement de vos données. Pour exercer ces droits ou contacter notre Délégué à la Protection des Données (DPO), écrivez à rgpd@b2a.fr ou à DPO de B2A, 51 rue de la Division Leclerc, 67170 Brumath. Vos données sont conservées selon les durées légales et transmises aux professionnels de santé concernés ainsi qu'aux organismes d'assurance maladie. En cas de litige, vous pouvez adresser une réclamation à la CNIL (cnil.fr).

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 ou conseiller(e) en génétique sous la responsabilité du Dr.....
-----------------------------	--