

ATTESTATION D'INFORMATION EN VUE D'UNE ETUDE GENETIQUE

En application des dispositions du code de la santé publique : article R.1131-1 à 5, Décret n° 2023-1426 du 30 décembre 2023 définissant les règles de bonnes pratiques applicables à l'examen des caractéristiques génétiques

Je certifie avoir informé le (ou la) patient(e) sur les caractéristiques de la maladie recherchée, les moyens de la diagnostiquer, le degré de fiabilité, les possibilités de prévention, de traitement et de conseil génétique, le stockage de son prélèvement, et avoir recueilli le consentement du (ou de la) patient(e) dans les conditions prévues par le code de la santé publique (articles n°R.1131-1 à 5)

Signature et cachet du médecin ou du conseiller en génétique :

CONSENTEMENT DU PATIENT MAJEUR POUR L'EXAMEN DES CARACTERISTIQUES GENETIQUES D'UNE PERSONNE A DES FINS MEDICALES

▪ 1 copie pour le laboratoire ▪ 1 copie dans le dossier médical ▪ 1 copie pour le patient

Je soussigné(e)né(e) lereconnais avoir été informé(e) par le Dr / Conseiller en génétique.....en délégation du Dr..... quant à l'examen des caractéristiques génétiques qui sera réalisé à partir du (des) prélèvement(s) pratiqué(s) sur moi-même.

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

Je reconnais avoir reçu l'ensemble des informations permettant la compréhension de cet examen et sa finalité et je peux choisir de refuser cet examen ou de ne pas être informé du résultat de l'examen réalisé.

Le résultat de l'examen me sera rendu et expliqué en l'état actuel des connaissances par le prescripteur et m'expliquera la prise en charge le cas échéant.

Je choisis d'être informé(e) du résultat de l'examen réalisé : oui non

Dans tous les cas, j'autorise, dans le respect du secret médical :

- la transmission des informations de mon dossier médical nécessaires aux médecins concernés par cet examen génétique.
- l'utilisation des résultats par le médecin prescripteur au profit des membres de ma famille le cas échéant.
- la conservation d'un échantillon de matériel biologique issu de mes prélèvements et son utilisation ultérieure pour poursuivre les investigations ainsi que la prise en charge et celle des apparentés dans le cadre de cette même démarche diagnostique, en fonction de l'évolution des connaissances.
- la conservation des données utiles à la gestion de la démarche diagnostique et de mon dossier dans des bases de données informatiques.
- dans le cadre de la démarche diagnostique, une partie de mon prélèvement peut ne pas être utilisé. Elle peut être importante pour la recherche scientifique. J'autorise le stockage de ce prélèvement et son utilisation pour la recherche.

J'ai compris que si une anomalie génétique était mise en évidence, je devrais transmettre cette information au reste de ma famille 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 famille.
- autoriser le médecin prescripteur à cette diffusion d'information génétique aux membres de ma famille.

Dans le cas où j'ai procédé à un don de gamète, le médecin prescripteur pourra informer, avec mon autorisation, le responsable du centre d'assistance médicale à la procréation de l'existence d'une anomalie génétique, afin de procéder à l'information des personnes nées du don.

Des informations génétiques sans lien direct avec la pathologie, mais pouvant avoir un impact sur ma santé ou sur le conseil génétique dans ma famille, peuvent être révélées. Je souhaite que le prescripteur me tienne informé(e) :

oui non non concerné(e)

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 / CGJe peux à tout moment décider de ne pas poursuivre cette démarche, révoquer mon consentement et faire détruire les données génétiques et le matériel biologique me concernant. Dans ce cas j'en informerai par écrit le prescripteur désigné ci-dessus.

Je consens à l'examen génétique, à la conservation des échantillons biologiques et l'enregistrement informatique nécessaire et le cas échéant, à l'information familiale

| | |
|----------|------------------------|
| Fait à : | Signature du patient : |
| Le : | |