

**CONSENTEMENT EN VUE D'UN EXAMEN DES CARACTERISTIQUES GENETIQUES**

Conformément aux articles 1131-4 et 1131-5 du décret n° 2008-321 du 4 avril 2008 et à l'arrêté du 27 mai 2013  
 (à établir en 2 exemplaires : 1 copie à envoyer au Laboratoire avec le prélèvement, 1 copie à conserver dans le dossier médical.)

<p><b>IDENTITÉ DU PATIENT</b></p> <p>NOM : .....</p> <p>Prénom : .....</p> <p>Nom de jeune fille : .....</p> <p>Date de naissance : .....</p> <p><input type="checkbox"/> Mineur <input type="checkbox"/> Majeur</p>	<p><b>IDENTITÉ DU/DES REPRESENTANTS LEGAUX</b>                  (mineur ou majeur sous tutelle)</p> <p>Père (NOM, Prénom) .....</p> <p>Mère (NOM, Prénom).....</p> <p>Autre (Nom, Prénom) .....</p> <p>Lien de parenté : .....</p>
--	--

Je(nous) soussigné(e)(s) certifie(certifions) avoir reçu du Dr ..... une information compréhensible concernant l'examen des caractéristiques génétiques à des fins médicales qui sera réalisé par des actes de cytogénétique et/ou génétique moléculaire (ci-après désignés par "analyse") à partir du(des) prélèvement(s) effectué(s) chez moi / chez mon enfant mineur / chez .....

**A remplir par le médecin prescripteur (Titulaire obligatoire)**

Cette analyse est effectuée dans le but (une seule case à cocher) :

de rechercher une origine génétique à la maladie : diagnostic de moyamoya, leucoencéphalopathie vasculaire, cavernomatose, migraine hémiplégique, ataxie épisodique, mouvement anormaux, autre .....(Préciser)

de proposer un diagnostic prédictif (gène/mutation : .....) )

de rechercher une hétérozygotie pour une maladie récessive autosomique ou liée à l'X (gène/mutation : .....) )

de réaliser une étude familiale

Autre :.....

Je(nous) donne(donnons) mon(notre) consentement pour ce prélèvement et cette analyse ; j'ai compris que cette analyse a pour but de déterminer si un (ou plusieurs) de mes gènes ou de mes chromosomes présente(nt) une (ou plusieurs) anomalie(s) en rapport avec la pathologie citée ci-dessus. Conformément aux articles R1131-4 et R1131-5 du Code de la santé publique, je reconnais avoir reçu l'ensemble des informations permettant la compréhension de cette analyse et sa finalité. J'ai eu la possibilité de poser toutes les questions que je souhaitais et je pourrai obtenir toute information complémentaire auprès du médecin désigné ci-dessus.

Je peux à tout moment décider de ne pas poursuivre cette démarche. Les données génétiques et le matériel biologique me concernant pourront être détruits à ma demande. Dans ce cas, j'en informerai par écrit le médecin désigné ci-dessus. Cette décision ne modifiera en rien ma prise en charge médicale.

Les résultats de cette analyse, commentés et signés par un praticien responsable agréé conformément à l'article R1131-19 du code de la santé publique, me seront transmis par le médecin prescripteur au cours d'une consultation. Ils resteront confidentiels et ne pourront être communiqués qu'au(x) médecin(s) que je désignerai.

Au cas où cette analyse révélerait d'autres affections que celle recherchée, je n'en serai informé(e) que si cela comporte un bénéfice direct pour moi, en l'état actuel des connaissances à ce jour.

J'ai compris que les résultats de l'analyse pourront amener à préconiser un bilan au sein de ma famille, et que les modalités d'information de la famille devront être précisées à l'issue de la consultation de rendu de résultat (Article L1131-1 du code de la santé publique). J'ai en particulier compris l'importance de la diffusion de l'information à la parentèle potentiellement concernée en cas de diagnostic d'une anomalie génétique pouvant être responsable d'une maladie susceptible de mesures de prévention, y compris de conseil génétique, ou de soin. Cette information pourra être transmise soit par moi-même, soit par le médecin prescripteur, avec mon accord.

J'accepte que mes résultats soient utilisés de façon anonymisée pour faciliter la réalisation de tests génétiques chez les membres de ma famille qui en feraient la demande.

J'accepte que mes échantillons biologiques soient conservés et utilisés à des fins de recherche médicale, dans le cadre de ma pathologie, de même que la saisie de données médicales anonymisées, dans les conditions fixées par la loi. Si vous refusez, cochez ici :  NON

Fait à ....., Signature du patient / des titulaires de l'autorité parentale / du représentant légal  
 le .....

**ATTESTATION DU MÉDECIN PRESCRIPTEUR (Senior obligatoire)**

Je soussigné (e) ..... Docteur en Médecine, certifie avoir informé le(les) personne(s) sus-nommée(s) des caractéristiques de la maladie recherchée, des moyens de la détecter, du degré de fiabilité des analyses, des possibilités de prévention et de traitement, des modalités de transmission génétique et leurs possibles conséquences chez d'autres membres de sa famille et avoir recueilli son(leur) consentement dans les conditions du code de la santé publique (articles n°R1131-4 et 5) et de l'article 16-10 du Code Civil.

Signature : ..... Cachet :