



ATTESTATION DE CONSULTATION MEDICALE INDIVIDUELLE

Je soussigné, certifie avoir reçu ce jour le (ou la) patient(e) nommé(e) ci-dessous et l'avoir informé(e) ainsi que son représentant légal sur les caractéristiques de la maladie recherchée ou sur les facteurs génétiques de susceptibilité au(x) médicament(s) étudié(s), les moyens de la détecter, le degré de fiabilité des analyses, les possibilités de prévention et de traitement, les modalités de transmission génétique de la maladie recherchée et leurs possibles conséquences chez d'autres membres de sa famille, et avoir recueilli le consentement du (ou de la) patient(e) dans les conditions de l'article R.1131-4 CSP et de l'arrêté du 27 mai 2013.

Fait à le __/__/__

Signature du praticien

CONSENTEMENT POUR LA REALISATION D'EXAMENS DES CARACTERISTIQUES GENETIQUES D'UNE PERSONNE

IDENTIFICATION du PATIENT

(étiquette ou nom, prénom et date de naissance)

Nom :

Prénom :

Date de naissance :

REPRESENTANT LEGAL

(Patient mineur/majeur sous tutelle)

Nom :

Prénom :

Date de naissance :

Père

Mère

Tuteur du patient

Je soussigné(e) reconnais avoir été informé(e) par le médecin prescripteur quant à l'examen des caractéristiques génétiques qui sera réalisé à partir :

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

du (des) prélèvement(s) pratiqué(s) **sur mon enfant mineur** ou sur le majeur placé sous tutelle

Pour (préciser **obligatoirement** l'allèle HLA et la pathologie recherchée):

- HLA-B*57:01 (Hypersensibilité à l'Abacavir) HLA-B27 (Spondylarthrite ankylosante) HLA-B51 (Maladie de Behçet)
 HLA-A29 (Chorioretinopathie de Birdshot) HLA-DQB1*06 :02 (Narcolepsie-Cataplexie)
 HLA-DQ2/DQ8 (Maladie cœliaque) HLA-DR/DQ (Diabète type 1) HFE (Hémochromatose génétique type 1)
 autre (contacter le laboratoire auparavant au 01.42.17.75.11/79.30, préciser la pathologie et le génotype recherché) :

Je donne mon consentement pour ce prélèvement et reconnais avoir reçu l'ensemble des informations permettant la compréhension de cet examen et sa finalité. J'autorise, dans le respect du secret médical, la transmission d'informations du dossier médical nécessaires aux médecins réalisant ces analyses. Le résultat de l'examen me sera rendu et expliqué en l'état actuel des connaissances par le médecin désigné ci-dessus. Ce dernier m'expliquera les moyens de prise en charge nécessaire le cas échéant.

J'autorise par ailleurs, dans le respect du secret médical :

ANALYSE ULTERIEURE. La conservation d'un échantillon de matériel biologique issu de mes/ses prélèvements et son utilisation ultérieure pour poursuivre les investigations dans le cadre de cette même démarche diagnostique, en fonction de l'évolution des connaissances. Si vous refusez cocher ici :	non <input type="checkbox"/>
RECHERCHE ANONYME. Dans le cadre de la démarche diagnostique, une partie de mon/son prélèvement peut ne pas être utilisée. Elle peut être importante pour la recherche scientifique. Ainsi, sans que l'on doive me recontacter, j'autorise le stockage de mon/son prélèvement et son utilisation pour la recherche sans limitation de temps. Si vous refusez cocher ici :	non <input type="checkbox"/>

Les données utiles à la gestion de la démarche diagnostique sont conservées dans des bases de données informatiques déclarées à la CNIL. Conformément aux dispositions de la loi relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, je dispose d'un droit d'opposition, d'accès et de rectification des données archivées par l'intermédiaire du médecin signataire de ce consentement (loi n°78-17 du 6 janvier 1978).

Fait à..... le/...../.....

Signature du patient ou de son représentant légal