

### Attestation de consultation et consentement

En vue d'un examen génétique  
EGID - Laboratoire « Plateforme LIGAN »

Identification du patient	Identité du représentant légal
NOM usuel : .....	<input type="checkbox"/> Titulaire de l'autorité parentale
Prénom : .....	<input type="checkbox"/> Tuteur
Nom de Naissance : .....	NOM : .....
Date de naissance : ...../...../.....	Prénom : .....

### Attestation de Consultation individuelle

**Je soussigné(e), Mme, Mr ..... né(e) le ..... / ..... / ....., déclare avoir bénéficié d'une consultation auprès du Dr ....., et avoir compris les implications et les conséquences des analyses des caractéristiques génétiques qui doivent être réalisées.**

- Sur moi-même  
 Sur mon enfant mineur ou la personne dont je suis le représentant légal

Les examens génétiques demandés concernent la maladie (ou groupe de maladies) suivante(s) :

#### Ces examens génétiques ont pour objectif :

- D'aider au diagnostic d'une maladie génétique
- D'établir une prédisposition ou une protection vis-à-vis d'une pathologie
- D'aider au conseil génétique (risque de développer ou de transmettre une maladie génétique)
- D'aider à la mise en place et/ou à l'ajustement d'une thérapeutique

**Je reconnais** avoir reçu l'ensemble des informations permettant la compréhension des conditions de réalisation, des limites et de la finalité de cet acte biologique et des conséquences des résultats pour moi-même/mon enfant/la personne dont je suis tuteur et éventuellement ma/sa famille.

### Consentement à un Examen de génétique Constitutionnelle

**Je donne mon consentement** pour la réalisation de ces analyses conformément au code de Santé Publique (articles R1131-4 & 5)

**Je pourrais**, si je le souhaite, obtenir toute information complémentaire sur cette démarche auprès du médecin prescripteur.

**J'autorise** le recueil, la saisie et le traitement informatique des données médicales nécessaires à cet examen.

**J'autorise** la conservation au laboratoire du matériel biologique issu du prélèvement mais à tout moment, je peux demander sa destruction. Dans ce cas, j'en informerai le médecin désigné ci-dessus.

**Je suis informé(e)** de la nécessité d'avertir les membres de ma famille au cas où une altération génétique serait mise en évidence.

**Le résultat de cet examen est confidentiel** : il me sera rendu et expliqué en consultation par le médecin qui l'a prescrit.

- |   |                              |                              |
|---|------------------------------|------------------------------|
| - <b>J'accepte</b> , si mes résultats apparaissent médicalement essentiels pour mes apparentés, qu'ils puissent être utilisés dans leur intérêt, y compris après mon décès (décret n°2013-537 du 20.06.2013)  | <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> NON |
| - <b>J'accepte</b> , si le diagnostic restait en suspens, l'utilisation ultérieure des échantillons biologiques pour l'étude d'autres gènes connus ou non connus à l'heure actuelle à des fins médicales.   | <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> NON |
| - <b>Je souhaite</b> être tenu informé de la mise en évidence d'une mutation « incidente » sans rapport avec ma pathologie  | <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> NON |
| - <b>J'autorise</b> le stockage et l'utilisation pour la recherche scientifique, des prélèvements biologiques effectués ce jour, s'il en reste une partie après la réalisation des analyses à visée diagnostique, sans que l'on doive me recontacter. | <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> NON |

Fait à ..... Le ..... / ..... / .....

Signature du patient ou de son représentant légal :

#### Attestation du Médecin prescripteur

Je certifie avoir informé le patient sus nommé 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 patient dans les conditions du code de la santé publique (article n°R1131-4 et 5).

#### Signature et cachet :

**Rappel concernant la législation** fixant les conditions de prescription et de réalisation des examens des caractéristiques génétiques d'une personne : *Le médecin prescripteur doit conserver le consentement écrit, les doubles de la prescription et de l'attestation et les comptes rendus complets et validés d'examen de génétique constitutionnelle. Le laboratoire agréé réalisant les examens doit disposer de la prescription, de l'attestation de consultation et du consentement signés du prescripteur et du patient. Le compte rendu complet de l'examen signé par un praticien agréé, sera adressé exclusivement au médecin prescripteur des examens de génétique*  
Références : Loi n°2011-814 du 7/07/2011 relative à la bioéthique ; arrêté du 27 mai 2013 définissant les règles de bonnes pratiques applicables à l'examen des caractéristiques génétiques d'une personne à des fins médicales ; décret 2013-527 du 20 juin 2013 relatif aux conditions de mise en œuvre de l'information de la parentèle dans le cadre d'un examen des caractéristiques génétiques à des fins médicales ; loi 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique et aux libertés.