

Décret du 4 avril 2008. Article 16-10 du code civil et articles L. 1131-1-2 et L1111-2 du code de la Santé Publique, L6211-2, R. 1131-4/5 modifiés selon la loi de Bioéthique.
Arrêté du 27 mai 2013. Recommandations de BP HAS « délivrance de l'information à la personne sur son état de santé. mai 2012

- 1 copie à envoyer au laboratoire Alpigène
- 1 copie à conserver dans le dossier médical

ATTESTATION DE CONSULTATION MEDICALE INDIVIDUELLE

Je soussignédocteur en Médecine,
Conformément aux articles R.1131-4 et R. 1131-5 du code de la santé publique certifie avoir reçu en consultation ce jour le(la) patient(e) sous nommée afin de lui apporté les informations sur les caractéristiques de la maladie recherchée, des moyens de la détecter, des possibilités de prévention et de traitement.

Fait à :

Le :

Signature du médecin :

CONSENTEMENT POUR LA REALISATION D'EXAMENS DE GENETIQUE

(Conformément aux articles R.1131-4 et R. 1131-5 du code de la santé publique)

Je soussigné(e) M. né(e) le...../...../.....
reconnais avoir reçu par le Drles informations sur les examens des caractéristiques génétiques qui seront réalisés afin :

- De confirmer ou d'infirmer le diagnostic d'une maladie génétique en relation avec mes symptômes ;
- De confirmer ou d'infirmer le diagnostic pré-symptomatique d'une maladie génétique
- D'identifier un statut porteur sain (recherche d'hétérozygote ou d'un remaniement chromosomique) ;
- D'évaluer ma susceptibilité génétique à une maladie ou à un traitement médicamenteux.

Nature du test

Indication du test.....

Pour cela, je consens :

- au prélèvement qui sera effectué chez moi
- au prélèvement qui sera effectué chez mon enfant mineur ou une personne majeure sous tutelle
- au prélèvement qui sera effectué chez mon fœtus

Je suis informé(e) que le résultat de l'examen des caractéristiques génétiques me sera transmis par le médecin prescripteur dans le cadre d'une consultation individuelle.

Si une partie du prélèvement reste inutilisée après examen,

- je consens à ce qu'il puisse être intégré, le cas échéant, à des fins de recherche scientifique. Dans ce cas, l'ensemble des données médicales me concernant seront protégées grâce à une anonymisation totale. En conséquence, je suis conscient que ces études scientifiques effectuées ne seront sans aucun bénéfice ni préjudice pour moi.

Fait le : à :

Signature du patient adulte
ou du représentant légal