



Hôpitaux de Lyon

CONSENTEMENT EN VUE D'UN EXAMEN A FINALITE MEDICALE DES CARACTERISTIQUES GENETIQUES CHEZ UNE PERSONNE

Article 16-11 du Code civil et articles L 1131-1 et L 1131-3 DU Code de la Santé Publique, modifiés selon la Loi de Bioéthique n° 2004-800 du 6 août 2004.

Décret n° 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 finalité médicale.

Je/ nous soussigné(e/s).....

- personne majeure
 parent(s) ou tuteur(s)/curateur(s) de : Nom.....

Prénom.....

Né(e) le.....

- Reconnais(sons) avoir été informé(e/s) par le Docteur
ou....., conseiller(e) en génétique (sous la responsabilité du Dr)

- de la finalité, des limites et du degré de fiabilité du test génétique proposé
- des conséquences familiales du résultat de cet examen.

- J'ai / nous avons également été informé(e/s) qu'en cas d'identification d'une anomalie génétique
 chez moi-même chez mon/notre enfant chez la personne susnommée,

je serai / nous serons tenus d'informer les membres de ma/notre famille qui ont un risque d'être porteurs de cette anomalie et de la transmettre à leur descendance et qui pourraient bénéficier d'une prévention et/ou d'une prise en charge. J'ai / nous avons été informé (e/s) des conséquences d'un éventuel refus de transmettre cette information. Cette information pourra, si je refuse / nous refusons de la transmettre moi / nous-même, être transmise par le médecin prescripteur dans les conditions fixés par la loi.

Cette analyse concerne le diagnostic de.....

Elle se fera par des praticiens agréés dans un laboratoire agréé à cet effet. Les résultats de cette analyse me/nous seront transmis et expliqués par le médecin qui me l'a prescrite.

J'autorise / nous autorisons la conservation d'ADN, de lymphocytes ou de fibroblastes dans une biothèque, à des fins

- médicales diagnostiques
 de recherche, de manière anonyme

On m'a/nous a expliqué que ces analyses peuvent révéler d'autres affections que celles recherchées. Si je/nous le souhaite/souhaitons, ces informations me/nous seront transmises si elles comportent un bénéfice direct en l'état actuel de nos connaissances, c'est-à-dire si elles apportent une possibilité de prévention et/ou de traitement.

- Je/nous souhaite/souhaitons en être informé(e/s) je/nous ne souhaitons pas en être informés

Fait à..... Le.....Signature

ATTESTATION DE CONSULTATION DE GENETIQUE

Je soussigné(e), Docteur ou....., conseiller(e) en génétique (sous la responsabilité du Dr)

Atteste avoir apporté à la / aux personne(s) sus-nommée(s) les informations nécessaires à la compréhension de la nature et de la finalité de l'analyse, conformément aux articles R. 145-15-4 et R. 145-15-5 du code de la Santé Publique et aux conséquences familiales éventuelles de cette étude, conformément au décret n° 2013-527 du 20 juin 2013.

Fait à..... Le.....Signature
et tampon du prescripteur