



CENTRE HOSPITALIER RÉGIONAL UNIVERSITAIRE

LABORATOIRE DE GÉNÉTIQUE

Pr Philippe JONVEAUX, chef de service

Tél : 03 83 15 37 71

E-mail : labo.gene@chu-nancy.fr

Consentement éclairé pour l'Examen des Caractéristiques Génétiques d'une personne et la conservation des échantillons dans une DNAtèque

IDENTITÉ du PATIENT	IDENTITÉ du REPRÉSENTANT LÉGAL Si le patient est mineur ou majeur sous tutelle	
Étiquette ou Nom, Prénom, Date de Naissance	Étiquette ou Nom, Prénom, Date de Naissance	Étiquette ou Nom, Prénom, Date de Naissance
	Lien avec le patient :	Lien avec le patient :

Je soussigné(e) atteste avoir reçu du Dr
 les informations concernant l'examen des caractéristiques génétiques qui m'est proposé, qui sera réalisé à partir
 du (des) prélèvements pratiqués sur moi-même
 du (des) prélèvements pratiqués sur mon enfant ou sur la personne majeure placée sous tutelle
 et consent à l'examen suivant (préciser le nom de la pathologie ou l'indication, et la nature de l'examen demandé):

J'ai en particulier été informé(e) :

- De mon droit à faire à tout moment la demande que cette étude soit interrompue, que les résultats ne me soient pas communiqués, ou que les échantillons stockés soient détruits
- Que l'interprétation complète de ces résultats repose, dans certaines situations, sur la définition de la parenté biologique, qui peut être analysée à partir de ces prélèvements.
- de ma responsabilité d'information familiale, si une anomalie génétique grave dont les conséquences sont susceptibles de mesures de préventions, y compris de conseil génétique, ou de soins était mise en évidence.

Le résultat de cet examen ne sera transmis qu'au médecin prescripteur. Ce résultat me sera rendu et expliqué personnellement, et en l'état actuel des connaissances, par le médecin qui me la prescrit.

J'autorise la conservation d'un échantillon biologique issu de mon prélèvement et son utilisation ultérieure pour poursuivre les investigations dans le cadre de la même démarche diagnostique, en fonction de l'évolution des connaissances	☐Oui ☐ Non
J'autorise la transmission d'un échantillon ainsi que des données médicales nécessaires, y compris les photographies, à un autre laboratoire pour compléter cette étude génétique	☐Oui ☐ Non
Dans le cadre de la démarche diagnostique, une partie de mon prélèvement peut ne pas être utilisé. J'autorise sa conservation et son utilisation pour des études d'assurance de la qualité interne au laboratoire, ou des tests dans le cadre de projets de recherche.	☐Oui ☐ Non
J'autorise l'enregistrement et la conservation des données médicales utiles à la gestion de la démarche diagnostique ou à des fins de recherche dans des bases de données informatiques déclarées à la CNIL	☐Oui ☐ Non
J'autorise l'utilisation des résultats par le médecin prescripteur au profit des membres de ma famille si ces résultats apparaissent médicalement utiles pour eux.	☐Oui ☐ Non
La technique utilisée peut éventuellement révéler des informations génétiques sans lien avec la pathologie concernée, mais pouvant avoir un impact sur la santé ou celle d'apparentés. Je souhaite être informé(e) de ces résultats :	☐Oui ☐ Non

J'ai eu la possibilité de poser toutes les questions que je souhaitais au médecin qui m'a prescrit cette analyse et j'en ai eu des réponses complètes et adéquates.

Fait àle.....

Signature du patient ou du représentant légal :

Signature du médecin prescripteur :

Document établi dans le cadre du respect des dispositions réglementaire actuellement en vigueur (Articles 16-10 à 16-13 du Code civil, Articles L 1131-1 à 1131-7 et R 1131-1 à 1131-4 du Code de la Santé Public modifiés par la Loi n°2011/814 du 7 juillet 2011, décret n°2013-527 du 20 juin 2013, Arrêté du 08/12/ 2014)



**CENTRE HOSPITALIER RÉGIONAL UNIVERSITAIRE
LABORATOIRE DE GÉNÉTIQUE**

Pr Philippe JONVEAUX, chef de service

Tél : 03 83 15 37 71

E-mail : labo.gene@chu-nancy.fr

Attestation de restitution d'un Examen des Caractéristiques Génétiques d'une personne

IDENTITÉ du PATIENT	IDENTITÉ du REPRÉSENTANT LÉGAL Si patient mineur ou majeur sous tutelle	
Étiquette ou Nom, Prénom, Date de Naissance	Étiquette ou Nom, Prénom, Date de Naissance	Étiquette ou Nom, Prénom, Date de Naissance
	Lien avec le patient :	Lien avec le patient :

Je soussigné(e) atteste avoir reçu au cours de la consultation de restitution de l'examen des caractéristiques génétiques qui m'a été prescrit, réalisée par le Dr, les informations nécessaires à bonne compréhension du résultat suivant :

J'ai eu la possibilité de poser toutes les questions que je souhaitais au médecin qui m'a communiqué ce résultat et j'en ai eu des réponses complètes et adéquates.

J'ai été informé de 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 grave susceptible de mesures de prévention, y comprise de conseil génétique, ou de soins. J'ai été averti du risque que mon silence pouvait leur faire courir ainsi qu'à leur descendance.

Ainsi, je fais le choix

- de transmettre aux apparentés suivants cette information : mon médecin me confie les documents nécessaires à cette information
- de confier à mon médecin le soin de transmettre cette information, aux apparentés suivants
- de ne pas transmettre cette information

Apparentés concernés :

J'ai été informé que cet examen m'est restitué en l'état actuel des connaissances.

Cet examen peut justifier une ré-analyse, en fonction de l'évolution des connaissances (à cocher par le médecin)	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Dans le cas où cet examen peut justifier une ré-analyse, j'ai été informé de la possibilité qui m'est offerte de demander une mise à jour du résultat de cet examen, par demande écrite de ma part, adressée au médecin prescripteur, deux ans après l'édition du compte-rendu.	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

Sites d'information utiles :

- <http://www.orpha.net/>

- Autre :

Fait àle.....

Signature du patient ou du représentant légal :

Signature du médecin prescripteur :

Document établi dans le cadre du respect des dispositions règlementaire actuellement en vigueur (Articles 16-10 à 16-13 du Code civil, Articles L 1131-1 à 1131-7 et R 1131-1 à 1131-4 du Code de la Santé Public modifiés par la Loi n°201 1/814 du 7 juillet 2011, décret n°2013-527 du 20 juin 2013, Arrêté du 08/12/ 2014)



**CENTRE HOSPITALIER RÉGIONAL UNIVERSITAIRE
LABORATOIRE DE GÉNÉTIQUE**

Pr Philippe JONVEAUX, chef de service

Tél : 03 83 15 37 71

E-mail : labo.gene@chu-nancy.fr

**Attestation de refus de restitution
d'un Examen des Caractéristiques Génétiques d'une personne**

IDENTITÉ du PATIENT	IDENTITÉ du REPRÉSENTANT LÉGAL Si patient mineur ou majeur sous tutelle	
Étiquette ou Nom, Prénom, Date de Naissance	Étiquette ou Nom, Prénom, Date de Naissance	Étiquette ou Nom, Prénom, Date de Naissance
	Lien avec le patient :	Lien avec le patient :

Je soussigné(e) atteste avoir choisi, au décours de la consultation de restitution de l'examen des caractéristiques génétiques qui m'a été prescrit, réalisée par le Dr
que ne me soit pas communiqué ce résultat.

J'ai été informé de 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 grave susceptible de mesures de prévention, y comprise de conseil génétique, ou de soins. J'ai été averti du risque que mon silence pouvait leur faire courir ainsi qu'à leur descendance.

Ainsi, je fais le choix

- de transmettre aux apparentés suivants cette information : mon médecin me confie les documents nécessaires à cette information
- de confier à mon médecin le soin de transmettre cette information, aux apparentés suivants
- de ne pas transmettre cette information

Apparentés concernés :

Fait àle.....

Signature du patient ou du représentant légal :

Signature du médecin prescripteur :