

Praticiens Hospitaliers :
Dr Fabien LAMOUREUX
fabien.lamoureux@chu-rouen.fr
Dr Julien WILS
julien.wils@chu-rouen.fr

EXEMPLAIRE LABORATOIRE

CONSENTEMENT EN VUE D'UN EXAMEN DES CARACTERISTIQUES GENETIQUES¹

3 exemplaires : le 1er envoyé au laboratoire avec le prélèvement, le 2ème remis à l'intéressé(e), le 3ème archivé dans le dossier médical

L'analyse qui vous est proposée a pour but de déterminer si certaines de vos caractéristiques génétiques peuvent influencer la réponse au médicament qui vous a été prescrit ou qui va vous être prescrit. Cet examen est limité à l'étude d'un (ou de quelques) gène(s) particulier(s) et ne permet en aucun cas votre identification génétique.

Après consultation médicale prévue par l'article R145-15-5² du code de la santé publique,

Je soussigné(e) : Nom : Prénom :

Adresse:

→ **accepte ce jour qu'un échantillon de sang³ :**

me soit prélevé

soit prélevé à l'enfant mineur : Nom : Prénom :
dont je suis titulaire de l'autorité parentale.

dans le but de réaliser un examen des caractéristiques génétiques pouvant influencer la réponse au(x) médicament(s) ou à la classe de médicaments suivants :

→ **certifie avoir été pleinement informé(e) par le Docteur :**

1) de la nature et de l'objectif des examens qui seront effectués sur le prélèvement ;

2) du caractère strictement confidentiel des résultats qui seront obtenus ;

3) que je pourrais avoir connaissance par mon médecin traitant des résultats ainsi que de toute information confidentielle me concernant / concernant mon enfant mineur.

→ **donne mon accord pour que la partie du prélèvement non utilisée pour cet examen soit intégrée dans la collection d'échantillons biologiques du laboratoire de Pharmacologie pour être utilisée à des fins de recherche biomédicale en pharmacogénétique dans le respect strict de mon anonymat comme prévu par la réglementation.**

oui

non

Fait à Le

Signature du patient

Signature du médecin prescripteur
Cachet

¹ conformément à l'article L1131-1 du code de la santé public et au décret n°2000-570 du 23 juin 2000.

² décret n°2000-570 du 23 juin 2000

³ rayer la mention inutile

Praticiens Hospitaliers :
Dr Fabien LAMOUREUX
fabien.lamoureux@chu-rouen.fr
Dr Julien WILS
julien.wils@chu-rouen.fr

EXEMPLAIRE PATIENT

CONSENTEMENT EN VUE D'UN EXAMEN DES CARACTERISTIQUES GENETIQUES¹

3 exemplaires : le 1er envoyé au laboratoire avec le prélèvement, le 2ème remis à l'intéressé(e), le 3ème archivé dans le dossier médical

L'analyse qui vous est proposée a pour but de déterminer si certaines de vos caractéristiques génétiques peuvent influencer la réponse au médicament qui vous a été prescrit ou qui va vous être prescrit. Cet examen est limité à l'étude d'un (ou de quelques) gène(s) particulier(s) et ne permet en aucun cas votre identification génétique.

Après consultation médicale prévue par l'article R145-15-5² du code de la santé publique,

Je soussigné(e) : Nom : Prénom :

Adresse:

→ **accepte ce jour qu'un échantillon de sang³ :**

me soit prélevé

soit prélevé à l'enfant mineur : Nom : Prénom :
dont je suis titulaire de l'autorité parentale.

dans le but de réaliser un examen des caractéristiques génétiques pouvant influencer la réponse au(x) médicament(s) ou à la classe de médicaments suivants :

→ **certifie avoir été pleinement informé(e) par le Docteur :**

1) de la nature et de l'objectif des examens qui seront effectués sur le prélèvement ;

2) du caractère strictement confidentiel des résultats qui seront obtenus ;

3) que je pourrais avoir connaissance par mon médecin traitant des résultats ainsi que de toute information confidentielle me concernant / concernant mon enfant mineur.

→ **donne mon accord pour que la partie du prélèvement non utilisée pour cet examen soit intégrée dans la collection d'échantillons biologiques du laboratoire de Pharmacologie pour être utilisée à des fins de recherche biomédicale en pharmacogénétique dans le respect strict de mon anonymat comme prévu par la réglementation.**

oui

non

Fait à Le

Signature du patient

Signature du médecin prescripteur
Cachet

¹ conformément à l'article L1131-1 du code de la santé public et au décret n°2000-570 du 23 juin 2000.

² décret n°2000-570 du 23 juin 2000

³ rayer la mention inutile

Praticiens Hospitaliers :
Dr Fabien LAMOUREUX
fabien.lamoureux@chu-rouen.fr
Dr Julien WILS
julien.wils@chu-rouen.fr

EXEMPLAIRE DOSSIER MEDICAL

CONSENTEMENT EN VUE D'UN EXAMEN DES CARACTERISTIQUES GENETIQUES¹

3 exemplaires : le 1er envoyé au laboratoire avec le prélèvement, le 2ème remis à l'intéressé(e), le 3ème archivé dans le dossier médical

L'analyse qui vous est proposée a pour but de déterminer si certaines de vos caractéristiques génétiques peuvent influencer la réponse au médicament qui vous a été prescrit ou qui va vous être prescrit. Cet examen est limité à l'étude d'un (ou de quelques) gène(s) particulier(s) et ne permet en aucun cas votre identification génétique.

Après consultation médicale prévue par l'article R145-15-5² du code de la santé publique,

Je soussigné(e) : Nom : **Prénom :**

Adresse:

→ **accepte ce jour qu'un échantillon de sang³ :**

- me soit prélevé
 soit prélevé à l'enfant mineur : **Nom :** **Prénom :**
dont je suis titulaire de l'autorité parentale.

dans le but de réaliser un examen des caractéristiques génétiques pouvant influencer la réponse au(x) médicament(s) ou à la classe de médicaments suivants :

→ **certifie avoir été pleinement informé(e) par le Docteur :**

- 1) de la nature et de l'objectif des examens qui seront effectués sur le prélèvement ;
- 2) du caractère strictement confidentiel des résultats qui seront obtenus ;
- 3) que je pourrais avoir connaissance par mon médecin traitant des résultats ainsi que de toute information confidentielle me concernant / concernant mon enfant mineur.

→ **donne mon accord pour que la partie du prélèvement non utilisée pour cet examen soit intégrée dans la collection d'échantillons biologiques du laboratoire de Pharmacologie pour être utilisée à des fins de recherche biomédicale en pharmacogénétique dans le respect strict de mon anonymat comme prévu par la réglementation.**

- oui
 non

Fait à Le

Signature du patient

Signature du médecin prescripteur
Cachet

¹ conformément à l'article L1131-1 du code de la santé public et au décret n°2000-570 du 23 juin 2000.

² décret n°2000-570 du 23 juin 2000

³ rayer la mention inutile