

FEDERATION DE GENETIQUE

Service de Cytogénétique | Service de Génétique Médicale | Service de Diagnostic Génétique
☎ 03.88.12.73.38 / 39 ☎ 03.88.12.73.37 ☎ 03.88.12.81.20 ☎ 03.88.12.81.25 ☎ 03.69.55.07.77/78/79 ☎ 03.69.55.18.94

EXAMEN DES CARACTERISTIQUES GENETIQUES
(GENETIQUE MOLECULAIRE – CYTOGENETIQUE)
(décret n° 2000-570 du 23 juin 2000)

Ce document doit être obligatoirement accompagné de la prescription et des renseignements cliniques justifiant les analyses demandées.

IDENTITE DU PATIENT NOM : Prénom : Date de naissance : Adresse :	IDENTITE DU TITULAIRE DE L'AUTORITE PARENTALE SI MINEUR, DU TUTEUR OU DU CURATEUR NOM : Prénom : Date de naissance : Adresse : Lien avec le patient :
---	---

CONSENTEMENT*

Je soussigné(e) (NOM-Prénom)
reconnais avoir été informé(e) par le Docteur (NOM-Prénom)
des examens génétiques à réaliser sur le prélèvement de (sang, trophoblaste, liquide amniotique, peau,...)
effectué chez moi-même ou (NOM-Prénom)

Contexte clinique :

Le patient, le titulaire légal, le tuteur ou le curateur donne son consentement pour ce prélèvement et reconnaît avoir reçu l'ensemble des informations conformément aux articles R.162-16-7 du décret N°95-558 du 6 mai 1995 et R.145-15-4 du décret N°2000-570 du 23 juin 2000 du code de la santé publique, permettant la compréhension de cet acte biologique et sa finalité.

Le patient, le titulaire légal, le tuteur ou le curateur accepte que ce prélèvement soit conservé et utilisé dans le cadre de la pathologie citée ci-dessus sans limitation dans le temps. oui non

Cas particulier de certaines analyses étudiant l'ensemble du génome : des résultats sans rapport avec la pathologie recherchée peuvent être découverts de façon fortuite. Le patient, ou son représentant légal, pourra en être informé seulement si ces affections comportent un bénéfice direct pour le patient ou sa famille en l'état actuel des connaissances, c'est-à-dire si elles apportent une possibilité de prévention et/ou de traitement.

Le patient, ou son représentant légal, reconnaît avoir compris l'ensemble de ces informations.

Fait à le / /

Signature (patient, titulaire légal, tuteur ou curateur)

ATTESTATION*

Je certifie avoir informé le (la) susnommé(e) 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 (de la) patient(e) dans les conditions de l'article n°R.145-15-4

Signature et cachet du prescripteur

* RAPPEL CONCERNANT LA LEGISLATION

(Conformément au décret n°2000-570 du 23 juin 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 d'analyses de biologie médicale commentés et signés (Art.R.145-15-15).

Le laboratoire agréé réalisant les examens doit :

- disposer de la prescription et de l'attestation du prescripteur (Art.R.145-15-15)
- adresser le compte-rendu d'analyse de biologie médicale commenté et signé par un praticien responsable agréé conformément à l'Art.R.145-15-15 (EXCLUSIVEMENT AU MEDECIN PRESCRIPTEUR des examens génétiques Art.R.145-15-14)