

## CONSENTEMENT ÉCLAIRÉ RELATIF À UN DÉPISTAGE GÉNÉTIQUE

Un dépistage génétique a pour objectif d'étudier votre génome (ADN) au moyen d'une méthode de génétique moléculaire permettant de diagnostiquer la maladie apparue ou suspectée chez vous ou chez des membres de votre famille et causée par des altérations (appelées « mutations »).

### Portée des résultats :

Lorsqu'un résultat caractéristique indiquant une maladie est identifié, celui-ci s'avère généralement très probant. Si aucune mutation pathogène n'est détectée, des altérations génétiques responsables de la maladie peuvent toutefois exister. Par conséquent, une maladie génétique ou une prédisposition à une maladie ne peut généralement pas être totalement exclue.

Des variantes génétiques sont parfois détectées, mais leurs implications ne sont pas clairement établies. Ces données sont indiquées dans les résultats et abordées avec vous. Il est impossible d'expliquer de façon exhaustive toutes les causes possibles des maladies d'origine génétique. Il n'est pas non plus possible d'utiliser les analyses génétiques afin d'écartier tout risque de maladie pour vous et les membres de votre famille (notamment vos enfants). La découverte des résultats d'un dépistage peut engendrer un stress psychologique. Afin de garantir une interprétation et un traitement adapté vos résultats d'analyses seront directement transmis à votre/vos médecin(s).

### Utilisation des échantillons/résultats :

Les échantillons et les résultats du dépistage seront utilisés dans le cadre de l'analyse, dans le respect de votre déclaration de consentement ci-dessous. Toute partie non utilisée de l'échantillon d'origine sera détruite dans un délai d'un mois suivant la réception de l'échantillon par le laboratoire.

Dépendant des résultats du dépistage ces derniers pourront être utilisés à des fins de décision thérapeutique par votre/vos médecin(s) et dans le cadre d'études statistiques anonymisées.

### Droit de révocation :

Vous pouvez à tout moment et sans devoir justifier votre décision retirer tout ou partie de votre consentement relatif à l'analyse/l'examen avec effet pour l'avenir.

### Droit de ne pas savoir :

Vous avez le droit de ne pas être informé(e) des résultats du dépistage, d'interrompre les processus de dépistage débutés à tout moment jusqu'à ce que les résultats vous soient communiqués, et de demander la destruction de l'ensemble des résultats du dépistage/de l'examen qui n'ont pas encore été portés à votre connaissance.

Le Groupe Genoma transmettra les résultats du dépistage UNIQUEMENT au médecin désigné ci-dessous ou à son représentant, sauf autorisation contraire du patient ou obligation contraire imposée par la loi.

En apposant ma signature ci-dessous, je reconnais avoir lu les informations ci-dessus (ou qu'elles m'ont été lues) et les avoir comprises. J'ai eu l'opportunité de discuter de ces informations, y compris des objectifs et des risques éventuels, avec mon médecin ou une personne désignée par celui-ci. Je sais que je peux, si je le souhaite, bénéficier de conseils professionnels d'experts en questions génétiques avant de signer ce consentement. Je dispose de toutes les informations dont j'ai besoin, et j'ai obtenu des réponses à toutes mes questions.

OUI, Je souhaite que le Dr \_\_\_\_\_ procède au dépistage génétique. Je comprends et accepte les conséquences de cette décision

NON, Je refuse le dépistage génétique qui m'a été proposé. Je comprends et accepte les conséquences de cette décision

Date et Signature du patient \_\_\_\_\_

Date et Signature Médecin: \_\_\_\_\_