

**INDICATIONS**


---



---



---



---

**PATIENT**

Nom : \_\_\_\_\_ Nom de naissance : \_\_\_\_\_  
 Prénom : \_\_\_\_\_ Date de naissance : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
 Matricule : \_\_\_\_\_

**CONSENTEMENT ECLAIRÉ**

J'ai été informé

- De mon droit de retirer mon consentement à tout moment et sans devoir en indiquer la raison.
- De mon droit de ne pas être informé des résultats d'analyse.
- De mon droit d'interrompre les analyses entamées à tout moment avant la communication des résultats ainsi que de mon droit d'exiger la destruction de tous mes échantillons (y inclus les acides nucléiques extraits) et des résultats obtenus.

Avec votre accord, vos échantillons biologiques non utilisés seront conservés.

- J'accepte qu'ils soient utilisés pour vérifier les résultats obtenus, pour des analyses ultérieures et dans le cadre de l'assurance qualité du laboratoire. Oui  Non
- J'accepte qu'ils soient utilisés à des fins de recherche ou dans le cadre de l'enseignement universitaire. Oui  Non

 Je consens à être informé<sup>1</sup> d'éventuels résultats secondaires / complémentaires<sup>2</sup> si ceux-ci ont des implications médicales directes (p.ex. : possibilité de mesures de prévention ou conséquences thérapeutiques) ou peuvent constituer un risque génétique important pour moi ou les membres de ma famille.

<sup>1</sup> Selon les connaissances scientifiques actuelles et sur la base des recommandations actuelles du Collège américain de génétique médicale et génomique (ACMG).

<sup>2</sup> Variants pouvant être obtenus accidentellement au cours d'un test génétique et associés à une affection autre que celle pour laquelle le test a été initialement indiqué.

 Oui  Non 

(Si nécessaire), je consens à ce que mon échantillon, mes données personnelles et la demande de test soient transmis à un laboratoire ou à un institut coopérant spécialisé dans le but de rechercher la maladie susmentionnée.

 Oui  Non 

 J'accepte que les données et les résultats de tests collectés dans le contexte de la maladie en question puissent être utilisés sous une forme anonymisée pour la recherche scientifique<sup>1</sup> et publiés sous une forme anonyme dans des revues médicales.

<sup>1</sup> p.ex. : afin d'améliorer la compréhension des mécanismes moléculaires de la maladie et/ou dans le but de développer de nouvelles possibilités de diagnostic ou de traitement.

 Oui  Non 

Je consens à ce que mes données personnelles et les résultats des tests soient conservés au delà de la période de conservation légale de 10 ans.

 Oui  Non 

Je consens à ce que les résultats de mes tests puissent être utilisés dans un but de conseil génétique et de test auprès de membres de ma famille potentiellement à risque.

 Oui  Non 

En signant ce formulaire de consentement, vous confirmez que le personnel médical responsable vous a informé de l'importance et des conséquences des tests génétiques prévus. En outre, la nécessité médicale et les avantages potentiels des tests génétiques vous ont été clairement communiqués. Les risques éventuels pour la santé, qui pourraient résulter de la collecte des échantillons biologiques et de la communication du résultat du test (par exemple, stress psychologique), ont été discutés en détail.

Le résultat de cet examen me sera rendu et expliqué par le médecin prescripteur (ou par délégation au conseiller en génétique) en l'état actuel des connaissances dans le cadre d'une consultation de génétique.

Date : \_\_\_\_/\_\_\_\_/20\_\_\_\_

<b>Identité du patient</b> Nom : _____ Prénom : _____ Date de Naissance : ____/____/____	<b>Signature</b>   	<b>Identité du(des) représentant(s) légal(aux)</b> Nom, Prénom, Date de Naissance : _____  Nom, Prénom, Date de Naissance : _____	<b>Signature(s)</b>   
---	------------------------------	--	---------------------------------

**ATTESTATION DE CONSULTATION**

Je certifie avoir informé le patient ou son représentant légal M/Mme \_\_\_\_\_ sur les caractéristiques de la maladie recherchée, les moyens de la diagnostiquer, les possibilités de prévention et de traitement, le stockage de son prélèvement, la possibilité de sous-traitance des analyses et avoir recueilli le consentement du (ou de la) patient(e) ou de sa tutelle dans les conditions prévues par les exigences ci-dessus.

Date : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Signature Prescripteur