EFS

ATTESTATION DE CONSULTATION ET CONSENTEMENT D'UNE PERSONNE
EN VUE D'EXAMENS DES CARACTÉRISTIQUES GÉNÉTIQUES D'UNE PERSONNE

Décret n°2008-321 du 4 avril 2008 – Arrêté du 27 Mai 213

2 Exemplaires : ◆ 1 copie à envoyer au laboratoire avec le prélèvement ◆ 1 copie à conserver dans le dossier médical

ATTESTATION DE CONSULTATION MÉDICALE INDIVIDUELLE

Préalable à la réalisation des examens des caractéristiques génétiques d'une personne ou de son identification par empreintes génétiques à des fins médicales

Etude de susceptibilité génétique à :

❒ Spondylarthrite ankylosante / ❒ Polyarthrite rhumatoïde
❒ Hypersensibilité à l'Abacavir
❒ Narcolepsie-cataplexie
❒ Maladie cœliaque
❒ Uvéite/ ❒ Choriorétinopathie de Birdshot
❒ Maladie de Behçet
❒ Diabète de type 1
❒ Autre pathologie *(à préciser)* : ……

Je soussigné(e)……, Docteur en Médecine, conformément aux articles R.1131-4 et R.1131-5 du code de la Santé Publique, certifie avoir reçu en consultation ce jour le(la) patient(e) nommé(e) ci-dessous afin de lui apporter les informations sur les caractéristiques de la maladie recherchée, les moyens de la détecter, sur le degré de fiabilité des examens effectués ainsi que sur les possibilités de prévention et de traitement. En outre, une information particulière a été donnée sur les modalités de transmission génétique de la maladie recherchée et sur leurs possibles conséquences chez d'autres membres de la famille.

Fait à _____ Le ____/____/____

Signature
et tampon du médecin

CONSENTEMENT POUR LA RÉALISATION D'EXAMENS DES CARACTÉRISTIQUES GÉNÉTIQUES D'UNE PERSONNE

Conformément aux articles R.1131-4 et R.1131-5 du code de la Santé Publique et à l'article 16-10 du Code Civil

Identification du patient :

NOM marital : _____ Nom de naissance : _____

Prénom : _____ Né(e) le : ____/____/____

Je soussigné(e) M_____ né(e) le : ____/____/____

❒ Patient concerné par l'examen,
❒ Titulaire de l'autorité parentale du patient identifié ci-dessus
❒ Représentant légal du patient identifié ci-dessus

❒ Reconnais avoir reçu du médecin prescripteur l'ensemble des informations nécessaires sur les examens des caractéristiques génétiques qui seront réalisés afin :
- ❍ d'évaluer la susceptibilité génétique à la maladie précisée ci-dessus (visée diagnostique)
- ❍ d'évaluer la susceptibilité génétique à un traitement médicamenteux (visée thérapeutique)
- ❍ de confirmer ou d'infirmer le diagnostic d'une maladie génétique

❒ Consens pour cela, au prélèvement qui sera effectué sur moi ou sur le patient identifié ci-dessus et à la réalisation des examens génétiques associés (ceux-ci étant réalisés dans un laboratoire autorisé par des praticiens agréés)

❒ Je suis informé(e) que les résultats de l'examen des caractéristiques génétiques seront transmis et expliqués par le médecin prescripteur dans le cadre d'une consultation individuelle.

❒ Si une partie du prélèvement reste inutilisé après examen, je consens à ce qu'il puisse être utilisé, le cas échéant, à des fins de recherche scientifique, impliquant l'examen des caractéristiques génétiques. Dans ce cas, l'ensemble des données médicales me concernant/concernant le patient, seront protégées grâce à une anonymisation totale. En conséquence, ces études scientifiques seront sans bénéfice ni préjudice pour moi ou pour le patient.

Fait à_____ Le ____/____/____

Signature du patient adulte
ou du représentant légal de l'enfant mineur
ou du tuteur légal de l'adulte sous tutelle

Laboratoire d'Immunogénétique EFS-BFC site de Besançon – Tél : 03.81.61.56.93 – Fax : 03.81.61.56.32