|  |  |
| --- | --- |
|  | **EFS Ile de France - Laboratoire de Biologie Médicale****Centre National de Référence pour les Groupes Sanguins (CNRGS)****Dr Thierry Peyrard – Biologiste médical responsable** **Dr Btissam Chami – Biologiste médicale responsable adjointe****Dr Capucine Hyon Dr Vincent Thonier** |

Je soussigné(e) :

|  |
| --- |
| NOM de famille (nom de naissance) :  |
| Prénom : |
| Nom usuel (nom d’usage, nom marital) : |
| Né(e) le :  |

🞏 Patient majeur

🞏 Parent de l’enfant mineur

|  |
| --- |
| NOM de famille (nom de naissance) :  |
| Prénom : |
| Nom usuel (nom d’usage, nom marital) : |
| Né(e) le :  |

🞏 Représentant légal de la personne majeure/mineur

|  |
| --- |
| NOM de famille (nom de naissance) :  |
| Prénom : |
| Nom usuel (nom d’usage, nom marital) : |
| Né(e) le :  |

Reconnait avoir reçu par …………………………………………………… Docteur en Médecine exerçant dans l’établissement de soin : ………………………………………………………………..

les informations sur les examens déterminant les caractéristiques génétiques qui sont réalisées afin :

* De confirmer ou d’infirmer le diagnostic d’une maladie génétique en relation avec mes symptômes
* De confirmer ou d’infirmer le diagnostic pré-symptomatique d’une maladie génétique
* D’identifier un statut de porteur sain (recherche d’hétérozygotie)

Pour cela, je consens à ce que soit réalisé sur :

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 🞏 Ma personne | 🞏 Mon enfant  | 🞏 La personne que je représente légalement |

un prélèvement sanguin en vue de la réalisation :

🞏 d’un génotypage du système de groupe XK et/ou de la recherche de la protéine Kx (recherche de phénotype Mc Leod)

🞏 d’un autre génotypage de groupe sanguin, à préciser :

par le Laboratoire du Centre National de Référence des Groupes Sanguins auquel ce prélèvement va être transmis par le laboratoire :

|  |
| --- |
| Biologiste/Médecin responsable de l’envoi :  |
| Laboratoire/Service transmetteur : |
| Adresse : |
| Tel :  |
| Fax :  |

Par défaut, en cas de non utilisation de la totalité du prélèvement, il sera conservé à long terme (cryopréservation), ainsi que l’ADN obtenu pour réaliser les examens de biologie moléculaire. Ces matériaux biologiques pourront être transférés à des tiers afin d’être utilisés d’une manière anonyme et non lucrative à des fins :

* de recherche médicale
* de préparation de réactifs de laboratoire
* de contrôle de qualité

🞏 Je consens à une telle conservation et de telles utilisations

🞏 Je refuse une telle conservation et de telles utilisations

J’ai pris bonne note que les résultats me seront transmis par l’équipe du Docteur ……..................

ayant prescrit l’examen déterminant les caractéristiques génétiques.

Fait à :

 Signature du patient adulte

 Ou du représentant légal de l’enfant mineur

 Ou du tuteur légal de l’adulte sous tutelle :

|  |
| --- |
| **ATTESTATION DE CONSULTATION MEDICALE INDIVIDUELLE** |

Je soussigné(e) …………………………………………………… Docteur en Médecine, conformément aux articles décret R.1131-4 et R1131-5 du code de la santé-publique, certifie avoir reçu ce jour en consultation le sujet susnommé afin de lui apporter les informations sur les caractéristiques de la maladie recherchée, des moyens de la détecter, des possibilités de prévention et de traitement.

Fait à : Le

 Signature et

 Tampon du médecin

20 rue Bouvier – BP 79 – 75522 PARIS CEDEX 11

**Secrétariat médical : +33(1).55.25.12.01 / Urgences médicales : +33(1).55.25.12.12 (24h/24 7j/7) /**

**Fax : +33(1).55.25.12.03**

**E-mail : cnrgs@efs.sante.fr Site Internet : https://www.efs.sante.fr/region/ile-de-france**