

### Formulaire de Consentement <sup>1</sup>

[à établir en 3 exemplaires dont 1 à remettre à l'intéressé(e),  
et le second au Laboratoire effectuant l'analyse]

● **Je soussigné(e) :** Nom ..... Prénom ..... né(e) le .....

#### Autorise

qu'un prélèvement :  Sanguin  Tissulaire (préciser) .....  
dans un but de :  Etude enzymatique et/ou moléculaire  Culture cellulaire

#### soit effectué sur :

moi-même  mon enfant  la personne majeure dont j'ai la tutelle  
Nom : .....  
Prénom : .....  
Date de naissance : .....

#### Autorise

##### dans le cadre :

du diagnostic d'une maladie génétique connue : .....  
 d'une recherche de facteur génétique prédisposant à : .....  
 d'une conservation en banque d'ADN pour recherche en génétique  
Indication : .....  
 d'une conservation en banque de cellules pour investigations ultérieures enzymatiques et/ou moléculaires  
Indication : .....

#### ● Certifie avoir été pleinement informé(e)

par le Dr / Pr <sup>2</sup> : Nom ..... Prénom .....  
Adresse .....

- 1) des raisons et des conditions de l'étude génétique me concernant / concernant mon enfant mineur <sup>2</sup>.
- 2) du caractère strictement confidentiel des résultats qui seront obtenus. Les résultats de cette étude ne seront transmis qu'au prescripteur et à moi seul(e) et ne pourront être communiqués à autrui sans mon autorisation expresse.
- 3) que je pourrais avoir connaissance par mon médecin traitant des résultats ainsi que toute information confidentielle <sup>3</sup> me concernant / concernant mon enfant mineur <sup>2</sup>.
- 4) que ces études seront réalisées par un laboratoire spécialisé et agréé.
- 5) que je pourrais demander à tout moment que l'étude entreprise soit interrompue chez moi ou que les résultats ne me soient pas communiqués. et demander à tout moment que le(s) prélèvement(s) ou les produits de celui-ci (notamment ADN extrait ou cellules) me soient restitués.

- **Donne mon accord pour l'enregistrement des données médicales nécessaires à ces études.**
- **Accepte que les prélèvements réalisés puissent être utilisés pour ces examens.**

Fait à ..... Le .....

Nom et Signature de l'Intéressé(e) ..... Nom et Signature du Médecin Prescripteur (lisible) .....

Cachet du Service  
**Obligatoire**

<sup>1</sup> Article 16-10 de la Loi n°94-653 du 29 juillet 1994 relative au respect du corps humain.

<sup>2</sup> Rayer la mention inutile

<sup>3</sup> Conformément à la Déontologie Médicale et aux dispositions de la Loi n°78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés.