

ASSISTANCE PUBLIQUE – HOPITAUX DE PARIS
HOPITAL BICETRE

Formulaire de Consentement 1

[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** õ õ õ õ õ õ õ õ **. né(e) le**

Autorise

qu'un prélèvement : Sanguin **dans un but de :** Etude enzymatique et/ou moléculaire
 Tissulaire (préciser) 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 ² : Nom Prénom
Adresse
.....

- 1) des raisons et des conditions de l'étude génétique me concernant / concernant mon enfant mineur ².
- 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 ³ me concernant / concernant mon enfant mineur ².
- 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 le ~~le~~ **enregistrement des données médicales nécessaires à ces études.****

• **Accepte que les prélèvements réalisés puissent être utilisés pour ces examens.**

Fait à Le

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

Cachet du Service
Obligatoire

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

² Rayer la mention inutile

³ 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.