



## CONSETEMENT ECRIT POUR UNE ETUDE GENETIQUE A DES FINS DE DIAGNOSTIC MEDICAL



Fédération de Génétique  
Pôle de Biologie

Je soussigné(e), Monsieur, Madame <sup>(1)</sup> .....  
atteste que conformément aux prescriptions des articles R.1131-4 et R.1131-5 du Code de Santé Publique, j'ai donné mon accord pour que soit effectuée une analyse génétique à partir d'un prélèvement biologique réalisé

chez moi-même

Cette analyse repose sur une étude du patrimoine génétique. Elle a pour but de déterminer s'il existe une anomalie en rapport avec la maladie d'Alzheimer envisagée ou présente

chez moi-même

J'ai compris que cette analyse a pour but de déterminer si un de mes gènes présente une anomalie en rapport avec cette maladie. Je reconnais avoir reçu l'ensemble des informations permettant la compréhension de cette analyse et sa finalité. J'ai eu la possibilité de poser toutes les questions que je souhaitais et je pourrai obtenir toute information complémentaire auprès du médecin désigné ci-dessous

Les résultats de cette analyse ne seront transmis à aucun membre de ma famille sans mon accord. Si j'étais dans l'impossibilité de recevoir ces résultats, conformément à l'article L.1111-6, je souhaite désigner comme personne de confiance : nom ..... prénom ..... pour recevoir cette information génétique.

Selon l'article L. 1131-1-2 du code de la Santé Publique et le décret d'application n° 2013-527, si une anomalie génétique, dont les conséquences sont susceptibles de mesures de prévention ou de soins, était identifiée à partir de ce prélèvement, je suis tenu(e) d'informer les membres de ma famille concernés ou de mandater un médecin de mon choix pour réaliser cette information. J'ai compris que ces modalités d'information de la famille devront être précisées à l'issue de la consultation de rendu de résultat

J'accepte que mes échantillons biologiques soient conservés et utilisés à des fins de recherche médicale, dans le cadre de ma pathologie, de même que la saisie de données médicales anonymisées, dans les conditions fixées par la loi. OUI  NON

Je peux à tout moment décider de ne pas poursuivre cette démarche. Les données génétiques et le matériel biologique me concernant pourront être détruits à ma demande. Dans ce cas, j'en informerai par écrit le médecin désigné ci-dessous. Cette décision ne modifiera en rien ma prise en charge médicale.

Fait à....., le .....

Signature :

*Nous vous rappelons que les données vous concernant peuvent faire l'objet d'un traitement informatique et sont protégées par les dispositions de la loi "informatique et libertés" (Loi n°78-17 d e janvier 1978, modifiée). Vous disposez à tout moment d'un droit d'accès et de rectification.*

### ATTESTATION D'INFORMATION ET DE CONSENTEMENT POUR UNE ANALYSE GENETIQUE A DES FINS MEDICALES

Conformément à l'article R.1131-5 du Code de Santé Publique,

Je soussigné(e), Docteur ..... certifie avoir informé  
Monsieur, Madame <sup>(1)</sup> ..... des caractéristiques  
de la maladie d'Alzheimer envisagée ou présente

chez lui ou elle-même

Je certifie l'avoir informé(e) des caractéristiques de la maladie recherchée, des moyens de la détecter, du degré de fiabilité des analyses, des possibilités de prévention et de traitement.

Je certifie avoir recueilli son consentement et l'avoir informé(e) conformément aux articles R.1131-4 et L. 1131-1-2 du code de la Santé Publique et au décret n° 2013-527, de la nécessité d'informer les membres de sa famille concernés ou de mandater un médecin à cet effet.

Fait à ..... le .....

Visa du médecin demandant l'étude génétique :

<sup>(1)</sup> rayer la mention inutile