

## 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 la personne placée sous ma tutelle : Nom .....Prénom .....

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 la personne placée sous ma tutelle : Nom .....Prénom .....

J'ai compris que cette analyse a pour but de déterminer si un de ses gènes présente une anomalie en rapport avec sa 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. Le consentement de la personne sous ma tutelle a été recherché, s'il est apte à exprimer sa volonté et à participer à la décision. Une information claire et adaptée à ses facultés de discernement lui a été délivrée à cette fin.

Les résultats de cette analyse ne seront transmis à aucun membre de sa famille sans mon accord.

Selon l'article L. 1131-1-2 du code de la Santé Publique et le décret d'application n°2013-527, si un e anomalie génétique, dont les conséquences sont susceptibles de mesures de prévention ou de soins, était identifiée à partir de ce prélèvement, les modalités d'information de la famille devront être précisées à l'issue de la consultation de rendu de résultat.

J'accepte que les échantillons biologiques soient conservés et utilisés à des fins de recherche médicale, dans le cadre de sa 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 concernant la personne placée sous ma tutelle 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 la 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 la personne placée sous sa tutelle : Nom ..... Prénom .....

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