



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



Fédération de Génétique
Pôle de Biologie

Je soussigné(e), Monsieur, Madame ⁽¹⁾
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 si je suis porteur de l'anomalie génétique en rapport avec la maladie d'Alzheimer identifiée

dans ma famille

J'ai compris que cette analyse a pour but de déterminer si un de mes gènes présente l'anomalie en rapport avec cette maladie et identifiée dans ma famille. 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

J'atteste que ce prélèvement a été réalisé au sein d'une équipe multidisciplinaire habilitée, à l'issue du déroulement d'un protocole spécifique de prise en charge des personnes asymptotiques

J'accepte que les échantillons biologiques soient conservés et utilisés à des fins de recherche médicale, dans le cadre de cette 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 ⁽¹⁾ des caractéristiques
de la maladie d'Alzheimer identifiée

dans sa famille.

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, L.1131-1-2 du code de la Santé Publique et au décret n°2013-527.

Je certifie que ce prélèvement a été réalisé au sein d'une équipe multidisciplinaire habilitée, à l'issue du déroulement d'un protocole spécifique de prise en charge des personnes asymptotiques

Fait à le

Visa du médecin demandant l'étude génétique :

⁽¹⁾ rayer la mention inutile