Hôpitaux universitaires Paris-Sud
Antoine-Béclère Bicêtre Paul-Brousse

ASSISTANCE PUBLIQUE – HOPITAUX DE PARIS
HOPITAL BICETRE
Service de Génétique Moléculaire, Pharmacogénétique et Hormonologie

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** …….…… **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 [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 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

[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.