

RENSEIGNEMENTS EN VUE DE L'EXAMEN DES CARACTERISTIQUES GENETIQUES

(Décret n°2008-321 du 4 avril 2008)

Ce document doit accompagner la prescription (sur une ordonnance pour les Consultants Externes) et être renseigné recto-verso.

Une copie recto-verso doit être conservée dans le dossier du patient.

PATIENT	TITULAIRE DE L'AUTORITE PARENTALE
Nom..... Prénom..... Date de naissance..... Adresse.....	Nom..... Prénom.....

CONSENTEMENT

Je soussigné(e) Nom et prénom :
 reconnais avoir été informé(e) par le Docteur
 sur l'examen des caractéristiques génétiques suivant :
(inscrire clairement la ou les analyse(s) demandée(s))

- Gène facteur II
 Gène facteur V
 Autre : préciser

réalisé à partir : du sang qui m'a été prélevé
 du sang qui a été prélevé sur mon enfant mineur

Je donne mon consentement pour ce prélèvement et je reconnais avoir reçu l'ensemble des informations conformément aux articles R.162-16-7 et R.145-15-4 du code de la santé publique, permettant la compréhension de cet acte biologique et de sa finalité.

Fait à le
 SIGNATURE

MOTIVATION DE L'ETUDE

- pour confirmer ou infirmer le diagnostic de maladie génétique
- pour conseil génétique
- test présymptomatique (n'est effectué qu'après consultation avec un médecin œuvrant au sein d'une équipe pluridisciplinaire: arrêté du 12 mai 2001).

RAPPEL CONCERNANT LA LEGISLATION (décret n° 2000-570 du 23 juin 2000)

Le médecin prescripteur doit conserver le consentement écrit, les doubles de la prescription et de l'attestation, et les comptes-rendus d'analyses de biologie médicale commentés et signés (Art.145-15-15),

Le laboratoire agréé doit disposer de l'attestation du prescripteur et adresser le compte-rendu d'analyse au médecin prescripteur des examens génétique (Art.145-15-14).

ATTESTATION DE CONSULTATION

Je, soussigné(e), Docteur en Médecine
Service.....

certifie avoir informé le patient susnommé sur les caractéristiques de la maladie recherchée, les moyens de la détecter, des possibilités de prévention et de traitement ainsi que des modalités de transmission génétique de la maladie recherchée et de leur possibles conséquences chez d'autres membres de sa famille, et avoir recueilli son consentement dans les conditions prévues à l'article R.145-15-4.

Fait à

le

SIGNATURE

RENSEIGNEMENTS CLINIQUES

- Diagnostic connu ou envisagé :
- Facteurs de risque :
- Antécédents personnels :
- Antécédents familiaux :
- Autres :
- Arbre généalogique, si nécessaire, indiquant nom, prénom, date de naissance et statut clinique de chaque individu :