

## ATTESTATION DE CONSULTATION MÉDICALE INDIVIDUELLE

Je soussigné \_\_\_\_\_ Docteur en médecine / Conseiller en génétique sous la responsabilité du Docteur \_\_\_\_\_ certifie avoir reçu le patient en consultation. Cette consultation a pour but d'informer le patient sur les caractéristiques de la maladie étudiée, les moyens de la diagnostiquer, les possibilités de prévention et de traitement, la possibilité que des caractéristiques génétiques non directement liées à la prescription soient identifiées, les limites des tests génétiques qui lui sont proposés et le droit de connaître ou de refuser de connaître ses résultats.

## CONDITION ou TEST GENETIQUE

## CONSENTEMENT

En signant ci-dessous, je consens au test génétique (tel qu'indiqué sur le formulaire de demande de test ou détaillé ci-dessus) :

- Effectué sur moi-même  
 Effectué sur mon enfant/fœtus

Ce test est effectué pour déterminer la cause génétique de symptômes cliniques. Je confirme par la présente que le médecin prescripteur m'a informé en détail sur :

- La nécessité médicale du test génétique.
- Les avantages et les limites potentielles du test.
- Les conséquences possibles de la communication des résultats, y compris les conséquences psychologiques potentielles.

Avec votre accord, les échantillons <b>non utilisés</b> seront conservés. Veuillez décider si et comment le matériel non utilisé peut être utilisé. Je consens à l'utilisation de ce matériel : <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pour l'assurance qualité des laboratoires et les futures investigations diagnostiques.</li> <li>- Aux fins d'enseignement universitaire et de recherche scientifique.</li> </ul>	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Je consens à être informé(e) des résultats <b>secondaires/complémentaires</b> <sup>1,2</sup> s'ils ont des implications médicales directes (par exemple, d'éventuelles mesures prophylactiques ou conséquences thérapeutiques) ou s'ils peuvent constituer un risque génétique important pour moi ou les membres de ma famille. <small><sup>1</sup> Selon les connaissances scientifiques actuelles et les recommandations des sociétés d'experts.  <sup>2</sup> Variants qui peuvent être obtenus fortuitement au cours d'un test génétique et qui sont associés à une affection autre que celle pour laquelle le test était initialement indiqué.</small>	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Je consens à ce que les données et les résultats des tests recueillis dans le cadre de la maladie en question puissent être utilisés sous une forme dépersonnalisée (pseudonymisée) pour la <b>recherche scientifique</b> <sup>1</sup> et publiés sous une forme anonyme dans des revues médicales. <small><sup>1</sup> par exemple pour améliorer la compréhension de la pathogenèse moléculaire et développer de nouvelles possibilités de diagnostic ou de traitement)</small>	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Je consens à ce que les résultats de mon test soient utilisés à des fins de conseil et de dépistage des membres de la famille à risque.	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

Je suis informé(e) que mes échantillons et mes données peuvent être transférés à un laboratoire sous-traitant pour analyse.

Je comprends que j'ai le droit de me retirer de la procédure à tout moment et de demander la destruction de mon échantillon sans fournir de justification. Dans ce cas, j'en informerai le médecin prescripteur par écrit.

Je reconnais que mon consentement s'applique à moi-même et/ou à mon (mes) enfant(s) mineur(s). Je suis conscient(e) que je peux retirer ce consentement à tout moment, verbalement ou par écrit, sans avoir à motiver ma décision.

Date \_\_\_\_\_, Lieu \_\_\_\_\_

Patient : Nom et signature ou le représentant légal de l'enfant mineur ou le tuteur légal de l'adulte sous tutelle	2 <sup>nd</sup> représentant légal (si nécessaire) : Nom et signature	Prescripteur : Nom et signature
--	--	---------------------------------