



ALPIGENE
8 RUE SAINT JEAN
DE DIEU
69007 LYON

**Attestation de consultation et
Consentement**

Ref : DE-ALP-PRE-008-02
Version : 02
Applicable le : 20-06-2018



Décret n° 2008-321 du 4 avril 2008 relatif à l'examen des caractéristiques génétiques d'une personne ou à son identification par empreintes génétiques à des fins médicales.
Article 16-10 du code civil et articles L1131 et R. 1131 du Code de la Santé Publique.
Arrêté du 27 mai 2013 définissant les règles de bonnes pratiques applicables à l'examen des caractéristiques génétiques d'une personne à des fins médicales

1 copie à envoyer au laboratoire Alpigène et **1 copie** à conserver dans le dossier médical

ATTESTATION DE CONSULTATION MEDICALE INDIVIDUELLE

Préalable à la réalisation des examens des caractéristiques génétiques d'une personne et de son identification par empreintes génétiques à des fins médicales

Je soussigné, Docteur en Médecine,
Conformément aux articles R.1131-4 et R. 1131-5 du code de la santé publique certifie avoir reçu en consultation ce jour le (la) patient(e) sous nommée afin de lui apporter les informations sur les caractéristiques de la maladie recherchée, des moyens de la détecter, des possibilités de prévention et de traitement.

Fait à : Signature du médecin :

Le :

CONSENTEMENT POUR LA REALISATION D'EXAMENS DE GENETIQUE

(Conformément aux articles R.1131-4 et R. 1131-5 du code de la santé publique)

Je soussigné(e) M. né(e) le...../...../.....
reconnais avoir reçu par le Drles informations sur les examens des caractéristiques génétiques qui seront réalisés afin :

- de confirmer ou d'infirmer le diagnostic d'une maladie génétique en relation avec mes symptômes ;
- de confirmer ou d'infirmer le diagnostic pré-symptomatique d'une maladie génétique
- d'identifier un statut porteur sain (recherche d'hétérozygote ou d'un remaniement chromosomique) ;
- d'évaluer ma susceptibilité génétique à une maladie ou à un traitement médicamenteux.

Nature du test

Indication du test.....

Pour cela, je consens :

- au prélèvement qui sera effectué chez moi
- au prélèvement qui sera effectué chez mon enfant mineur ou une personne majeure sous tutelle
- au prélèvement qui sera effectué chez mon fœtus

Je suis informé(e) que le résultat de l'examen des caractéristiques génétiques me sera transmis par le médecin prescripteur dans le cadre d'une consultation individuelle.

Si une partie du prélèvement reste inutilisée après examen,

- je consens à ce qu'il puisse être intégré, le cas échéant, à des fins de recherche scientifique. Dans ce cas, l'ensemble des données médicales me concernant seront protégées grâce à une anonymisation totale. En conséquence, je suis conscient que ces études scientifiques effectuées ne seront sans aucun bénéfice ni préjudice pour moi.

Fait à : Signature du patient adulte
ou du représentant légal :

Le :