

**CONSENTEMENT EN VUE D'UN EXAMEN A CARACTERISTIQUES
GENETIQUES A DES FINS MEDICALES**

1/ Consentement du patient :

Je soussigné(e) ,

Monsieur, Madame (en caractères d'imprimerie) :

Né(e) **le** :

déclare avoir été informé (e), conformément à la loi de 2004-800 (titre 2), par

le docteur (en caractères d'imprimerie):

sur les examens à caractéristiques génétiques réalisés à partir :

du sang qui m'a été prélevé le : et nombre de tubes **EDTA** :

du sang qui a été prélevé sur mon enfant mineur le :
Nom, prénom de l'enfant : **né (e) le** :

du sang qui a été prélevé sur la personne adulte dont je suis le représentant légal le :
Nom, prénom du patient : **né (e) le** :

Ces analyses sont réalisées pour aider au diagnostic de maladie à composante génétique et/ou en vue d'un conseil génétique :

génotypage HFE (C282Y) mutation principale

génotypage HFE (H63D) mutation mineure

génotypage HLA de classe I génotypage HLA de classe II

génotypage HLA B27

génotypage HLA B5 (51 – 52)

autre (préciser).....

Je donne mon consentement pour ce prélèvement et je reconnais avoir reçu l'ensemble des informations conformément à l'article **R.145-15-4** du code de la santé publique.

Les résultats me concernant ou concernant la personne dont je suis le représentant légal seront transmis exclusivement au médecin prescripteur désigné ci-dessus qui me les communiquera en me les expliquant.

Fait à, le

Signature du patient/représentant légal

2/ Attestation du prescripteur : (privé ou hospitalier)

Décret n°2000-570 du 23 juin 2000 :

« je certifie avoir informé le ou la patient(e) susnommé(e) des caractéristiques de la maladie recherchée, des moyens de la détecter, des possibilités de prévention et de traitement et d'avoir recueilli le consentement du ou de la patient(e) dans les conditions de l'article R.145-15-*.

Fait à, le

Cachet obligatoire (nom-adresse – tel)

Signature du prescripteur