



LABM CH BEAUVAIS
Avenue Léon Blum
BP 40319
60021 BEAUVAIS
Cedex

**Consentement en vue d'un
examen des caractéristiques
génétiques d'une personne**

Ref : CHB - C1-ENR002 - V02
Version : 02
Applicable le : 11-10-2013



(Décret n°2008-321 du 4 avril 2008)

1 copie à envoyer au laboratoire avec le prélèvement / 1 copie à conserver dans le dossier médical

ATTESTATION DE CONSULTATION MEDICALE INDIVIDUELLE PREALABLE 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-nommé(e) 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 àle

Signature et
Tampon du médecin

CONSENTEMENT POUR LA REALISATION d'examens des caractéristiques génétiques d'une personne Conformément aux articles R.1131-4 et R.1131-5 du code de la santé **publique**

Je soussigné(e) M. né(e) le

Demeurant à :

Reconnais avoir reçu par le Dr.....les 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 des symptômes
- De confirmer ou d'infirmer le diagnostic pré-symptomatique d'une maladie génétique
- D'identifier un statut de porteur sain (recherche d'hétérozygote ou d'un remaniement chromosomique)
- D'évaluer une susceptibilité génétique à une maladie ou à un traitement médicamenteux.

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 les résultats de l'examen des caractéristiques génétiques me seront transmis par le Docteur susnommé dans le cadre d'une consultation individuelle.

Fait àle

*Signature du patient adulte
Ou du représentant légal de l'enfant mineur
Ou du tuteur légal de l'adulte sous tutelle :*