

UA de Biologie Moléculaire - Fédération des Services de Biochimie

FORMULAIRE DE CONSENTEMENT POUR EXAMEN DE GENETIQUE <sup>1</sup>  
[établi en 3 exemplaires dont 1 remis à l'intéressé(e)]

**Je soussigné(e) :** Nom ..... Prénom .....  
agissant en qualité <sup>2</sup> de parent / représentant légal de l'enfant mineur :

Nom ..... Prénom .....

• **Certifie avoir été pleinement informé(e)**

Par le Dr /Pr <sup>2</sup> : Nom ..... Prénom .....

Adresse : .....

1°- des raisons et des conditions de l'examen de génétique me concernant / concernant mon enfant mineur <sup>2</sup>.

2°- du caractère strictement confidentiel des résultats qui seront obtenus.

3°- que ces examens se limiteront à la recherche d'une variation génétique dans le cadre de la maladie suivante : .....

4°- que ces examens seront réalisées par un laboratoire spécialisé et agréé.

5°- que je pourrais avoir connaissance par le médecin prescripteur des résultats ainsi que toute information confidentielle <sup>3</sup> me concernant / concernant mon enfant mineur <sup>2</sup>.

- **Donne mon accord pour l'enregistrement des données médicales nécessaires à ces examens.**
- **Accepte que les prélèvements réalisés puissent être utilisés pour ces examens.**

Fait à ..... le .....

Signature

|

Nom et signature du médecin prescripteur

.....

Signature des parents  
ou du tuteur légal  
(le cas échéant)

|

Cachet du service

|

<sup>1</sup> Article 16-10 de la Loi n°94-653 du 29 juillet 1994 relative au respect du corps humain.

<sup>2</sup> rayer la mention inutile

<sup>3</sup> conformément à la Déontologie Médicale et aux dispositions de la Loi n°78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés.