CHU de Clermont-Ferrand
Laboratoire de Biochimie-Biologie Moléculaire (Pr V. SAPIN)
**UF de Génétique Moléculaire (Pr I. CREVEAUX)**
Centre de Biologie, 3ème étage
58 rue Montalembert
63003 CLERMONT-FERRAND CEDEX 1
Tél. : 04 73 75 18 49 Fax. : 04 73 75 44 32

**CONSENTEMENT DE PRELEVEMENT POUR EXAMEN DES CARACTERISTIQUES GENETIQUES**

**ET/OU CONSERVATION DANS UNE BANQUE D'ADN**

**POUR UNE PERSONNE MINEURE**

Conformément à l'article 16-10 du Code civil, à la loi n°2004-800 du 06/08/04 relative à la bioéthique et à la loi n°2004-806 du 09/08/04 relative à la politique de santé publique et au décret n°2006-477 du 26/04/06

**Je soussigné(e)**…….……..……ayant l'autorité parentale de l'enfant……né(e) le ……..……autorise le Dr……..…….. à faire effectuer les examens des caractéristiques génétiques qui peuvent aider au diagnostic de la maladie dont il (elle) souffre ou que présente un membre de ma famille.

**Maladie** : ……..
Tout autre examen doit faire l'objet d'un nouveau consentement de ma part.

Le Dr…….. m'a expliqué la nature des examens qui seront effectués sur mon prélèvement, qu'ils peuvent s'étendre sur plusieurs années. Il (Elle) m'a informé(e) des résultats susceptibles d'être obtenus et de leurs multiples conséquences.

**J'autorise** :
- l'éventuelle utilisation des échantillons d'ADN afin de progresser dans la connaissance de la maladie, l'envoi de mon prélèvement à un autre laboratoire pour complément d'étude.
- le recueil, la saisie, le traitement et la consultation des données contenues dans mon dossier au seul personnel médical, en toute confidentialité.
- la transmission de mon dossier médical auprès des médecins concernés par l'examen des caractéristiques génétiques et l'échange d'informations nécessaires à mon sujet dans le respect du secret médical.
- l'utilisation des résultats pour les membres de ma famille si mes gènes présentent des caractéristiques qui apparaissent médicalement essentielles.

**J'ai été informé(e) que** :
- conformément aux dispositions de la loi n°78.17 du 6.01.78 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés modifiée par la loi n°2004-800 du 06/08/04, je dispose d'un droit d'accès et de rectification, par l'intermédiaire du Docteur ……
- dans le cas où une anomalie génétique serait identifiée, le médecin m'en informera. Dans ce cas, il me conseille d'avertir les membres de ma famille potentiellement concernés par l'anomalie génétique. Il m'a averti que mon silence leur ferait courir des risques ainsi qu'à leur descendance, dès lors que des mesures de prévention ou de soins peuvent être proposées. (art.L1131-1 al 3 et 4 CSP)

Informé(e) des implications de ces examens, **je demande, refuse** *(rayer la mention inutile)* que les résultats de ces examens me soient communiqués. Je pourrai, à tout moment et sans justification de ma part, réviser ma position à cet égard et, si je le désire, demander que les produits qui m'ont été prélevés me soient restitués en informant par écrit le Docteur ……..

Fait à ……..…….. le ……

| Signature et nom du praticien | Signature du titulaire de l'autorité parentale | Signature du mineur (si possible) |
|---|---|---|

Consentement établi en 3 exemplaires : 1 pour le laboratoire, 1 pour le dossier médical, 1 pour le patient.