



**Institut de
Pathologie et de
Génétique, Asbl**

Avenue Georges Lemaître, 25
6041 Charleroi (Gosselies)

Tél. : + 32 (0) 71/47.30.47 @-mail : ipg@ipg.be
Fax : + 32 (0) 71/47.15.20 Site : www.ipg.be

Centre de Génétique Humaine

Tél : +32(0)71/44.71.81

Fax : +32(0)71/34.78.61

PROF. C. VERELLEN – DUMOULIN
PROF. K. DAHAN
DR A. DESTREE
DR D. LEDERER
PROF. I. MAYSTADT
DR S. MOORTGAT
DR D. ROLAND
DR U. ULLMANN
DR H. BELGE

**CONSENTEMENT DE PRELEVEMENT DANS UN BUT D'ETUDE
GENETIQUE ET/OU DE CONSERVATION DANS LA BANQUE D'ADN**

Un exemplaire doit être remis à la personne qui a accepté le prélèvement.

Je soussigné(e)..... parent de l'enfant
demeurant à

autorise le Docteur..... à effectuer, ou faire effectuer les études génétiques qui peuvent aider au diagnostic ou à la prévention de la maladie dont je souffre, ou que présente un membre de ma famille. Toute autre exploration doit faire l'objet d'un nouvel assentiment de ma part.

Le Docteurm'a expliqué la nature des études qui seront effectuées sur mon sang, notamment le fait qu'elles font appel aux techniques de biologie moléculaire, qu'elles peuvent s'étendre sur plusieurs années, et que ce prélèvement sera conservé le temps nécessaire. Il m'a aussi 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.

J'autorise le recueil, la saisie et le traitement des données contenues dans mon dossier médical, en toute confidentialité. J'ai été informé(e) que, je dispose d'un droit d'accès et de rectification, par l'intermédiaire du Médecin que j'aurai désigné à cet effet.

Seul le Docteur.....ou les personnes mandatées par lui, pourront avoir accès à ces informations et procéder aux examens dont il m'a parlé, dans l'objectif auquel j'ai souscrit.

Dûment informé(e) des implications de ces études, j'ai :

Demandé..... Refusé..... que les résultats de ces études me soient communiqués. Je pourrai, à tout moment, réviser ma position à cet égard et, si je le désire, demander que le prélèvement de sang qui m'a été fait ou les produits de celui-ci, notamment l'ADN soit détruit.

Fait à Gosselies, le/...../

Signature et nom du praticien

Signature de l'intéressé(e)