



N° de réception IPG
+ code-barre

N° d'analyse IPG
+ code-barre

IDENTIFICATION DU PATIENT

Nom : Prénom :

NISS : Date de naissance : / / Sexe : M F

ou **Vignette mutuelle** ou **Etiquette de l'hôpital avec NISS**

Identification du représentant légal (si patient mineur ou majeur sous tutelle) :

Nom : Prénom :

Lien avec le patient : Date de naissance : / / Sexe : M F

NISS : ou **Vignette mutuelle** ou **Etiquette de l'hôpital avec NISS**

CONSENTEMENT ÉCLAIRÉ en vue d'une ANALYSE GÉNÉTIQUE - OBLIGATOIRE

J'ai reçu les informations cliniques nécessaires de la part du professionnel de santé. Je confirme avoir été **bien informé(e) sur les objectifs et le type d'analyse(s)** qui sera/seront réalisée(s) dans le cadre de la condition médicale mentionnée sur cette demande. Je comprends que des **variants de signification clinique inconnue** pourraient être mis en évidence dans un ou plusieurs gène(s), ne permettant pas de conclure formellement et définitivement quant à leur rôle pathogène.

Avec votre accord, vos échantillons biologiques non utilisés seront conservés. • J'accepte qu'ils puissent être utilisés pour vérifier les résultats obtenus, pour des analyses ultérieures et dans le cadre de l'assurance qualité du laboratoire. • J'accepte qu'ils puissent être conservés dans la Biobanque et utilisés à des fins de recherche ou dans le cadre de l'enseignement universitaire.	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Je consens à être informé(e) ¹ d'éventuels résultats secondaires/complémentaires ² si ceux-ci ont des implications médicales directes (ex : possibilité de mesures de prévention ou conséquences thérapeutiques) ou peuvent constituer un risque génétique important pour moi ou les membres de ma famille. ¹ Selon les connaissances scientifiques actuelles et sur la base des recommandations actuelles du Collège américain de génétique médicale et génomique (ACMG). ² Variants pouvant être identifiés accidentellement au cours d'un test génétique et associés à une affection autre que celle pour laquelle le test a été initialement indiqué.	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Si nécessaire, je consens à ce que mon échantillon, mes données personnelles et la demande de test soient transmis à un laboratoire ou à un institut coopérant spécialisé dans le but de rechercher la cause de la maladie susmentionnée.	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
J'accepte que les données et les résultats de tests collectés dans le contexte de la maladie en question puissent être utilisés sous une forme anonymisée pour la recherche scientifique ¹ et publiés sous une forme anonyme dans des revues médicales. ¹ par exemple afin d'améliorer la compréhension des mécanismes moléculaires de la maladie et/ou dans le but de développer de nouvelles possibilités de diagnostic ou de traitement.	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Je consens à ce que mes données personnelles et les résultats des tests soient conservés au-delà de la période de conservation légale de 10 ans.	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Je consens à ce que les résultats de mes tests puissent être utilisés dans un but de conseil génétique et de test auprès de membres de ma famille potentiellement à risque.	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

J'ai été informé de mon **droit de retirer mon consentement** à tout moment et sans devoir en indiquer la raison, de mon droit d'interrompre les analyses entamées à tout moment avant la communication des résultats, ainsi que de mon droit d'exiger la destruction de tous mes échantillons.

Fait à :

Le :

**Nom, prénom et signature du patient
(ou de son représentant légal) :**

**Cachet (ou nom, prénom) et signature
du médecin prescripteur :**