



**CONSERVATION DANS UNE BANQUE D'ADN OU DE CELLULES et/ou**

**CONSENTEMENT POUR UNE ETUDE GENETIQUE CHEZ UNE PERSONNE MAJEURE**

Document établi en 3 exemplaires minimum : un pour l'intéressé, un pour les destinataires des prélèvements et un à conserver dans le dossier.

Je, soussigné(e), .....  
Né (e) le

Demeurant à .....

Demande au Docteur .....que soit effectué chez moi un prélèvement de sang afin de faire réaliser par analyse moléculaire une étude génétique qui peut aider au diagnostic et/ou à la prévention de la maladie dont je souffre et/ou que présente(nt) un (ou plusieurs) membre(s) de ma famille.

Je déclare avoir été pleinement informé(e) de la nature des études qui seront effectuées sur mon sang et des conséquences éventuelles qui peuvent en découler pour moi-même que pour mes enfants déjà nés ou à naître.

Les résultats me concernant ou concernant la personne dont je suis le représentant légal seront transmis exclusivement au médecin prescripteur désigné ci-dessus qui me les communiquera en me les expliquant.

Il m'a été précisé que :

- L'étude correspondant aux données actuelles de la connaissance médicale sera effectuée dans les semaines ou mois qui viennent. Cependant, le prélèvement, l'ADN extrait ou des cellules seront conservés, au cas où des études complémentaires découlant des nouvelles données de la science deviendraient possibles. En l'état actuel des connaissances médicales, les techniques utilisées ne permettent pas dans tous les cas d'aboutir à un diagnostic de certitude ;

- J'autorise le recueil, la saisie et le traitement des données contenues dans mon dossier médical dans le plus strict respect du secret médical. Conformément à la loi n°78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, je dispose d'un droit d'accès et de rectification par l'intermédiaire du médecin que j'aurais désigné à cet effet ;

- A tout moment je peux demander que l'étude soit interrompue, ou que les résultats ne me soient pas communiqués, ou que le prélèvement ou ce qu'il en reste soit détruit.

Fait à ..... Le .....

Signature de l'intéressé(e)

Je soussigné(e) Docteur .....  
atteste avoir informé M./Mme .....  
et avoir recueilli son consentement signé selon les modalités réglementaires prévues par :

- L 94-653, article 5
- Code de la santé publique, articles L145-15 à L145-21 tels que modifiés par le décret 2000-570

Le .....

Signature