

Consent to testing of Genetic Characteristics for medical Purposes

Patient information:		Legal Guardian Information (for minor child)*	
Last name:		Name of the father..... Date of birth	
First name:		Name of the mother..... Date of birth	
Date of birth:		Other..... Date of birth	
☐ minor ☐ adult		Relationship to the patient	
I/we hereby acknowledge that the principles, benefits and risks of genetic analysis have been explained to my/our satisfaction by the physician Dr.....and that all my questions concerning the genetic analysis that is to be performed and the use of the test results were answered to my satisfaction.			
This section is to be completed by the prescriber physician			
Pathologic context This genetic analysis is performed for the purpose of (one option should be selected):		☐ search for the genetic origin of the disease (etiological diagnosis): ☐ propose a predictive diagnosis (gene/mutation:) ☐ search for a heterozygous for a recessive disease or related to X (gene/mutation:) ☐ Other:.....	
- I hereby consent to perform the analysis. I understand that the goal of the analysis is to determine if one or few of my genes and/or chromosomes have anomalies related to the above stated pathology. According to articles R1131-4 et R1131-5 of the public health Code, I hereby confirm that I have had all necessary information to understand the purpose of the analysis. I acknowledge that I have had the opportunity to ask questions concerning the genetic analysis and will be able to obtain additional information when needed by the above stated physician. - I acknowledge being able to stop the analysis process at any time. All genetic results and biological material will be destroyed upon my request. I should inform, by writing, the above stated physician in such case. This should have no impact on my medical care. - The analysis results, commented upon and signed by a responsible practitioner in accordance with Article R1131-19 of the Public Health Code, will be sent to me by the prescribing physician during a consultation. The results will remain confidential and will only be communicated to the doctor (s) I will designate. - In case this analysis reveals other conditions than the one sought, I will be informed only if this has a direct benefit on my health, in the current state of knowledge to date. - I understood that the results of the analysis could lead to recommending a health check in my family, and that the family results should be completed at the end of the informing consultation (Article L1131-1 of the public health code). - I agree that my results could be used to facilitate genetic testing of my family members who request it.			
If you refuse, check here:		☐	
I agree that my biological samples should be kept and used for medical research, related to my pathology, as well as to obtain anonymised medical data under the conditions set by the law.			
If you refuse, check here:		☐	
Patient signature/ holders of parental authority/ guardian* * Delete as appropriate	Date place and date	Physician Signature (Senior obligation)	
CERTIFICATE OF THE PRESCRIBING PHYSICIAN (Senior) I, the undersigned Doctor in Medicine, certify having informed the above named person (s) about the characteristics of the disease, the diagnosis procedure, the degree of reliability of the analyses, the prevention and treatment options, the methods of genetic transmission and their possible consequences on the other members of his family. I certify obtaining the patient consent as per the terms of the Public Health Code (articles n°R1131-4 et 5) of article 16-10 of the Civil Code. Signature: Check:			
We remind you that the data concerning you are subject to computer processing and are protected by the provisions of the law "Informatique et Libertés" (Law No. 78-17 of January 1978, as amended). You have a right of access and rectification at any time. The prescribing physician must retain written consent, duplicates of prescription and attestation, and reports of medical biology analyzes commented and signed (Article R1131-5).			

CONSENTEMENT POUR L'EXAMEN DES CARACTÉRISTIQUES GÉNÉTIQUES À DES FINS MÉDICALES

IDENTIFICATION DU PATIENT:	IDENTITÉ du(des) TITULAIRE(S) de L'AUTORITÉ PARENTALE pour un MINEUR ou du TUTEUR LÉGAL (mineur ou majeur)*	
NOM : Prénom : NOM de jeune fille : Date de Naissance : ☐ mineur ☐ majeur	Père (nom, prénom)..... né le..... Mère (nom, prénom)..... né le Autre (nom, prénom)..... né le Lien de parenté :	
Je(nous) soussigné(e)(s) certifie(certifions) avoir reçu du Dr..... une information compréhensible concernant l'examen des caractéristiques génétiques à des fins médicales qui sera réalisé par des actes de cytogénétique et/ou génétique moléculaire (ci-après désignés par "analyse") à partir du(des) prélèvement(s) effectué(s) chez moi / chez mon enfant mineur/ chez.....*, dans le cadre de		
A remplir par le médecin prescripteur (Senior obligatoire)		
Contexte pathologique : Cette analyse est effectuée dans le but de (une seule case à cocher) :	☐ rechercher une origine génétique à la maladie (diagnostic étiologique) ☐ proposer un diagnostic prédictif (gène/mutation:) ☐ rechercher une hétérozygotie pour une maladie récessive ou liée à l'X (gène/mutation:) ☐ Autre:.....	
• Je(nous) donne(donnons) mon(notre) consentement pour ce prélèvement et cette analyse ; j'ai compris que cette analyse a pour but de déterminer si un (ou plusieurs) de mes gènes ou de mes chromosomes présente(nt) une (ou plusieurs) anomalie(s) en rapport avec la pathologie citée ci-dessus. • Conformément aux articles R1131-4 et R1131-5 du Code de la santé publique, je reconnais avoir reçu l'ensemble des informations permettant la compréhension de cette analyse et sa finalité. J'ai eu la possibilité de poser toutes les questions que je souhaitais et je pourrai obtenir toute information complémentaire auprès du médecin désigné ci-dessus. • Je peux à tout moment décider de ne pas poursuivre cette démarche. Les données génétiques et le matériel biologique me concernant pourront être détruits à ma demande. Dans ce cas, j'en informerai par écrit le médecin désigné ci-dessus. Cette décision ne modifiera en rien ma prise en charge médicale. • Les résultats de cette analyse, commentés et signés par un praticien responsable agréé conformément à l'article R1131-19 du code de la santé publique, me seront transmis par le médecin prescripteur au cours d'une consultation. Ils resteront confidentiels et ne pourront être communiqués qu'au(x) médecin(s) que je désignerai. • Au cas où cette analyse pourrait révéler d'autres affections que celle recherchée, je n'en serai informé(e) que si cela comporte un bénéfice direct pour moi, en l'état actuel des connaissances à ce jour. • J'ai compris que les résultats de l'analyse pourront amener à préconiser un bilan au sein de ma famille, et que les modalités d'information de la famille devront être précisées à l'issue de la consultation de rendu de résultat (Article L1131-1 du code de la santé publique). • J'accepte que mes résultats soient utilisés pour faciliter la réalisation de tests génétiques chez les membres de ma famille qui en feraient la demande.		
Si vous refusez, cochez ici :		☐ Non
• J'accepte que mes échantillons biologiques soient conservés et utilisés à des fins de recherche médicale, dans le cadre de ma pathologie, de même que la saisie de données médicales anonymisées, dans les conditions fixées par la loi..		
Si vous refusez, cochez ici :		☐ Non
Signature du patient/ des titulaires de l'autorité parentale/ du tuteur* * Rayer la(les) mention(s) inutile(s)	Fait à....., le	Signature du médecin (Senior obligatoire)
ATTESTATION DU MÉDECIN PRESCRIPTEUR (Senior obligatoire)		
Je soussigné (e) Docteur en Médecine, certifie avoir informé le(les) personne(s) sus-nommée(s) des caractéristiques de la maladie recherchée, des moyens de la détecter, du degré de fiabilité des analyses, des possibilités de prévention et de traitement, des modalités de transmission génétique et leurs possibles conséquences chez d'autres membres de sa famille et avoir recueilli son(leur) consentement dans les conditions du code de la santé publique (articles n°R1131-4 et 5) et de l'article 16-10 du Code Civil.		
Signature :		Cachet :
Nous vous rappelons que les données vous concernant peuvent faire l'objet d'un traitement informatique et sont protégées par les dispositions de la loi «informatique et libertés » (Loi n°78-17 du Janvier 1978, modifiée). Vous disposez à tout moment d'un droit d'accès et de rectification. Le médecin prescripteur doit conserver le consentement écrit, les doubles de la prescription et de l'attestation, et les comptes rendus d'analyses de biologie médicale commentés et signés (Art. R1131-5).		