

## CONSENTEMENT POUR LA REALISATION D'EXAMENS DETERMINANT LES CARACTERISTIQUES GENETIQUES D'UNE PERSONNE (hors génotypage de groupes sanguins dans le but d'assurer la sécurité transfusionnelle)



**EFS Ile de France - Laboratoire de Biologie Médicale**  
**Centre National de Référence pour les Groupes Sanguins (CNRGS)**  
**Dr Thierry Peyrard – Biologiste médical responsable**  
**Dr Btissam Chami – Biologiste médicale responsable adjointe**  
**Dr Capucine Hyon                      Dr Vincent Thonier**

Je soussigné(e) :

NOM de famille (nom de naissance) :  
Prénom :  
Nom usuel (nom d'usage, nom marital) :  
Né(e) le :

Patient majeur

Parent de l'enfant mineur

NOM de famille (nom de naissance) :  
Prénom :  
Nom usuel (nom d'usage, nom marital) :  
Né(e) le :

Représentant légal de la personne majeure/mineur

NOM de famille (nom de naissance) :  
Prénom :  
Nom usuel (nom d'usage, nom marital) :  
Né(e) le :

Reconnait avoir reçu par ..... Docteur en Médecine exerçant dans l'établissement de soin : .....

les informations sur les examens déterminant les caractéristiques génétiques qui sont réalisées afin :

- De confirmer ou d'infirmer le diagnostic d'une maladie génétique en relation avec mes symptômes
- De confirmer ou d'infirmer le diagnostic pré-symptomatique d'une maladie génétique
- D'identifier un statut de porteur sain (recherche d'hétérozygotie)

Pour cela, je consens à ce que soit réalisé sur :

- Ma personne                       Mon enfant                       La personne que je représente légalement

un prélèvement sanguin en vue de la réalisation :

- d'un génotypage du système de groupe XK et/ou de la recherche de la protéine Kx (recherche de phénotype McLeod)  
 d'un autre génotypage de groupe sanguin, à préciser :

par le Laboratoire du Centre National de Référence des Groupes Sanguins auquel ce prélèvement va être transmis par le laboratoire :

Biologiste/Médecin responsable de l'envoi :

Laboratoire/Service transmetteur :

## CONSENTEMENT POUR LA REALISATION D'EXAMENS DETERMINANT LES CARACTERISTIQUES GENETIQUES D'UNE PERSONNE (hors génotypage de groupes sanguins dans le but d'assurer la sécurité transfusionnelle)

Adresse :

Tel :

Fax :

Par défaut, en cas de non utilisation de la totalité du prélèvement, il sera conservé à long terme (cryopréservation), ainsi que l'ADN obtenu pour réaliser les examens de biologie moléculaire. Ces matériaux biologiques pourront être transférés à des tiers afin d'être utilisés d'une manière anonyme et non lucrative à des fins :

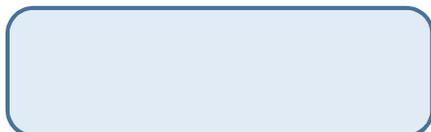
- de recherche médicale
- de préparation de réactifs de laboratoire
- de contrôle de qualité

Je consens à une telle conservation et de telles utilisations

Je refuse une telle conservation et de telles utilisations

J'ai pris bonne note que les résultats me seront transmis par l'équipe du Docteur .....  
ayant prescrit l'examen déterminant les caractéristiques génétiques.

Fait à :



Signature du patient adulte  
Ou du représentant légal de l'enfant mineur  
Ou du tuteur légal de l'adulte sous tutelle :

### ATTESTATION DE CONSULTATION MEDICALE INDIVIDUELLE

Je soussigné(e) ..... Docteur en Médecine, conformément aux articles décret R.1131-4 et R1131-5 du code de la santé-publique, certifie avoir reçu ce jour en consultation le sujet susnommé afin de lui apporter les informations sur les caractéristiques de la maladie recherchée, des moyens de la détecter, des possibilités de prévention et de traitement.

Fait à :

Le

Signature et  
Tampon du médecin

