



I. ATTESTATION A TRANSMETTRE AU LABORATOIRE AGREE

Je soussigné(e) Dr certifie avoir informé le(la) patient(e),

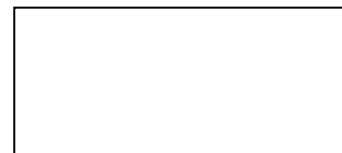
Monsieur ☐ , Madame ☐ , Mademoiselle ☐

Nom :

Nom de jeune fille :

Prénom :

Date de naissance :



Des caractéristiques de la maladie recherchée, des moyens de la détecter, des possibilités de prévention et de traitement et d'avoir recueilli son consentement conformément :

- aux arrêtés n° 94-653 et 94-654 de la loi de bioéthique du 29 juillet 1994
- aux conditions de l'article R 145 15 4 du décret n° 2000-570 du 23 juin 2000

☐ Fait à Creil

Signature et tampon du médecin

Le

II. CONSENTEMENT EN VUE D'UNE ETUDE PAR GENETIQUE MOLECULAIRE

Je soussigné(e) Monsieur , Madame ☐ , Mademoiselle ☐ , donne mon accord pour que soit effectuée une analyse génétique à partir d'une prise de sang.

Personne concernée :

☐ Moi-même Nom :

Nom de jeune fille :

Prénom :

Date de Naissance :



☐ Enfant mineur * Nom :

Prénom :

Date de Naissance :

☐ Cette analyse repose sur l'étude du patrimoine génétique (ADN) dans un but médical en rapport avec :

- ☐ la maladie pour laquelle je suis suivi(e) ou pour laquelle l'enfant est suivi
- ☐ la maladie présente dans ma famille ou celle de l'enfant
- ☐ en rapport avec les complications de cette maladie

☐ Cette prise de sang ne pourra être utilisée à une autre fin, sans mon accord préalable.

Les résultats de cette analyse seront transmis au Docteur :, médecin prescripteur de l'examen.

Fait à

Le

Lien de parenté le cas échéant :

Signature *

* En cas d'enfant mineur, le consentement est donné par les titulaires de l'autorité parentale.