

**CONSENTEMENT EN VUE D'UN EXAMEN DES CARACTERISTIQUES GENETIQUES D'UNE PERSONNE (décret 2008-321 du 4 avril 2008)**

1 exemplaire à transmettre au laboratoire  
1 exemplaire à conserver dans le dossier médical

**Attestation de consultation médicale individuelle préalable à la réalisation d'examens des caractéristiques génétiques d'une personne**

Je soussigné ..... Docteur en médecine certifiée avoir reçu en consultation le ...../...../.....  Mr ou  Me ..... afin de lui apporter les informations sur les caractéristiques de la maladie recherchée, les moyens de la détecter et les possibilités de prévention / traitement, conformément aux articles R.1131-4 et R.1131-5 du décret du 04/05/2008.

Fait à ....., le ...../...../.....

Signature du Médecin

Coordonnées du Médecin

**Consentement pour la réalisation d'examens des caractéristiques génétiques d'une personne conformément aux articles 1131-4 et 1131-5 du 4 avril 2008**

Je soussigné(e) M..... né(e) le ..... demeurant à : .....

Atteste avoir reçu par le Dr ....., les informations sur les examens génétiques qui seront réalisés afin :

- De confirmer ou d'infirmer le diagnostic d'une maladie génétique en rapport avec mes symptômes
- De confirmer ou d'infirmer le diagnostic pré-symptomatique d'une maladie génétique
- D'identifier un statut de porteur sain
- D'évaluer ma susceptibilité génétique à une maladie ou un traitement médicamenteux.

Je consens :

- Au prélèvement qui sera réalisé chez moi ou une personne majeure sous tutelle
- Au prélèvement qui sera réalisé chez mon enfant mineur

J'accepte que ce prélèvement soit conservé au laboratoire selon les exigences légales et que les résultats de ce bilan et toutes les informations me concernant soient également conservés dans le respect du secret médical.

Fait à ..... Le ...../...../.....

Signature du patient (ou du représentant légal ou du tuteur légal)