



**Hôpitaux Universitaires
La Pitié-Salpêtrière - Charles
Foix**

47-83 Boulevard de l'Hôpital
75651 PARIS Cedex 13
Standard : 01.42.16.00.00

**POLE DE BIOLOGIE MEDICALE
ET PATHOLOGIE**

Pr. Brigitte AUTRAN (Coordonnateur Médical)
Christine DEGOUD (Coordonnateur
Paramédical)

DEPARTEMENT DE GENETIQUE

Chef du Département :
Pr. Florent SOUBRIER

CONSULTATION D'ONCOGENETIQUE

Médecins consultants
Pr. F. SOUBRIER
florent.soubrier@aphp.fr
Dr. C. COLAS
chrystelle.colas@aphp.fr
Dr. V. CUSIN
veronica.cusin@aphp.fr

Conseillère en génétique
M. WARCOIN
mathilde.warcoin@aphp.fr
01 42 17 79 21

Psychologue
C. BOUCHER
01 42 17 76 59

Secrétariat
V.GERBER
01 42 17 76 59
Fax : 01 42 16 13 64
valerie.gerber@aphp.fr

Prise des RDV : 01 42 16 13 95

Adresse postale
Consultation de Génétique
Bâtiment Rééducation
Groupe hospitalier Pitié-Salpêtrière
47/83, bd de l'hôpital
75651 PARIS Cedex 13

Autres Sites de consultation

Hôpital Saint Antoine
01 49 28 29 37
Hôpital Tenon
01 56 01 64 42

EXAMEN DES CARACTERISTIQUES GENETIQUES

Consentement pour une personne majeure

(établi en 2 exemplaires : 1 pour l'intéressé et 1 à conserver dans le dossier médical)

Je, soussigné(e) (nom, prénom)

né(e) le

certifie avoir reçu du Dr une information compréhensible concernant la
prédisposition (nom de la maladie)

J'ai compris qu'une analyse génétique m'est proposée à partir d'un prélèvement sanguin. Cette analyse a pour but de déterminer si un de mes gènes présente une anomalie en rapport avec la maladie citée ci-dessus. Ce prélèvement sanguin ne pourra pas être utilisé pour d'autres études sans mon consentement.

Les résultats de cette analyse me seront transmis au cours d'une consultation par le médecin prescripteur. Ils resteront confidentiels et ne pourront être communiqués qu'au(x) médecin(s) que je désignerai.

J'ai compris qu'en cas d'anomalie génétique identifiée permettant des mesures de prévention ou de soin, je serais dans l'obligation d'informer, directement, ou par l'intermédiaire du médecin, les membres de ma famille potentiellement concernés et, qu'en cas de refus, ma responsabilité pourra être engagée.

J'ai eu la possibilité de poser toutes les questions que je souhaitais. J'ai bien compris les implications possibles du test génétique et je pourrai obtenir toute information complémentaire auprès du médecin cité 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.

J'accepte que cette analyse génétique soit effectuée dans le but :

- de rechercher une origine génétique à ma maladie (gène)
- d'un diagnostic prédictif (gène)
- d'une recherche d'hétérozygotie pour une maladie récessive ou liée à l'X (gène)

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. OUI NON

J'accepte que mes échantillons biologiques soient conservés et utilisés à des fins de recherche médicale, dans le cadre de la maladie désignée ci-dessus, sans limitation de temps. OUI NON

Fait à le

Signature

Signature du médecin

Les dispositions légales concernant ce document sont décrites dans l'article R1131-4 du Code de Santé Publique, la Loi du 07/07/2011 relative à la bioéthique et le décret du 22/06/2013.

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.