



**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 mineure**

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

Je, soussignée (nom, prénom de la mère)

Je, soussigné (nom, prénom du père)

Parents de l'enfant (nom, prénom).....né le

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

Nous avons compris qu'une analyse génétique est proposée à notre enfant à partir d'un
prélèvement sanguin. Cette analyse a pour but de déterminer si un de ses 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 notre consentement.

Les résultats de cette analyse nous 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 nous désignerons.

Nous avons compris qu'en cas d'anomalie génétique identifiée permettant des mesures de
prévention ou de soin, nous serons dans l'obligation d'informer, directement, ou par
l'intermédiaire du médecin, les membres de notre famille potentiellement concernés et, qu'en
cas de refus, notre responsabilité pourra être engagée.

Nous avons eu la possibilité de poser toutes les questions que nous souhaitions. Nous avons
bien compris les implications possibles du test génétique et nous pourrions obtenir toute
information complémentaire auprès du médecin cité ci-dessus.

Nous pouvons à tout moment décider de ne pas poursuivre cette démarche. Les données
génétiques et le matériel biologique concernant notre enfant pourront être détruits à notre
demande. Dans ce cas, nous en informerons par écrit le médecin désigné ci-dessus. Cette
décision ne modifiera en rien la prise en charge médicale de notre enfant.

Nous acceptons que cette analyse génétique soit effectuée dans le but :

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

Nous acceptons que ses résultats soient utilisés pour faciliter la réalisation de tests génétiques
chez les membres de ma famille qui en feraient la demande. OUI NON

Nous acceptons que ses 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 de la mère

Signature de l'enfant

Signature du père

Signature du médecin