



**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. Jean-Marc LACORTE (Coordonnateur Médical)
Christine DEGOUD (Coordonnateur Paramédical)

DEPARTEMENT DE GENETIQUE

Chef du Département :
Pr. Eric LEGUERN

CONSULTATION D'ONCOGENETIQUE

Médecins consultants
Dr. P. BENUSIGLIO
patrick.benusiglio@aphp.fr
Dr. V. CUSIN
veronica.cusin@aphp.fr
Pr. F. SOUBRIER
florent.soubrier@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 génétique au cancer.

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 s'il est porteur d'une anomalie génétique favorisant la survenue d'un cancer.

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 de mutation 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 acceptons que ces résultats soient utilisés pour faciliter la réalisation de tests génétiques chez les membres de notre famille qui en feraient la demande.

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

Nous pouvons à tout moment décider de ne pas poursuivre cette démarche en informant par écrit le médecin désigné ci-dessus. Cette décision ne modifiera en rien la prise en charge médicale de notre enfant.

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.

J'accepte l'ensemble des points ci-dessus :

OUI **NON**

Fait à le

Signature de la mère

Signature de l'enfant

Signature du père

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