



**ATTESTATION POUR L'EXAMEN DES CARACTÉRISTIQUES GÉNÉTIQUES
À DES FINS MÉDICALES**

Loi N°2004-800 du 6 août 2004- Code de la santé publique

Consultation de Génétique

Tel : 01 42 16 37 98 / Fax : 01 42 16 37 59

Centre de Génétique Moléculaire et Chromosomique

Tel : 01 42 17 76 47 / Fax : 01 42 17 76 18

(établi en 3 exemplaires : 1 pour l'intéressé, 1 pour le laboratoire, 1 pour le dossier médical)

| | |
|---|---|
| <p>IDENTIFICATION DU PATIENT</p> <p>NOM : Prénom : NOM de jeune fille : Date de Naissance :</p> <p><input type="checkbox"/> mineur <input type="checkbox"/> majeur</p> | <p>IDENTITÉ du(des) TITULAIRE(S) de L'AUTORITÉ PARENTALE pour un MINEUR ou du TUTEUR LÉGAL (mineur ou majeur)*</p> <p>Père (nom, prénom)....., né le</p> <p>Mère (nom, prénom)....., née le</p> <p>Autre (nom, prénom)....., née le</p> <p>Lien de parenté :</p> |
| <p>ATTESTATION DU MÉDECIN PRESCRIPTEUR (Senior obligatoire)</p> <p>Je soussigné (e)</p> <p>Docteur en Médecine, certifie avoir reçu en consultation la(les) personne (s) ci-dessus désignée(s) et l'(les) avoir informée(s), conformément au Code Civil (Art. 16-10) et au Code de la Santé Publique (Art. R1131-5 ou R2131-2 pour le diagnostic prénatal), des caractéristiques de la maladie recherchée, des modalités de sa transmission génétique (Art. R1131-4 du CSP) et des moyens de la détecter.</p> <p>Je certifie que je suis en possession du consentement éclairé signé par le sujet (ou ses représentants légaux) dans le cadre du diagnostic proposé.</p> <p>J'atteste avoir obtenu son(leur) accord pour que des échantillons biologiques soient conservés et utilisés à des fins d'analyses complémentaires ou de recherche médicale.</p> <p><input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON</p> <p>* Rayer la mention inutile</p> | <p>Signature du prescripteur (Senior obligatoire) et cachet (service prescripteur):</p> <p>Date :</p> |