

**ATTESTATION DE CONSULTATION ET CONSENTEMENT EN VUE D'UN EXAMEN DES  
CARACTERISTIQUES GENETIQUE D'UNE PERSONNE**  
(Décret 2008-321 du CSP)

Conformément aux conditions définies par les articles R.1131-4 et R1131-5 du décret 2008-321 du CSP, je soussigné, Docteur....., certifie avoir reçu en consultation ce jour le (la) patient(e) sous-nommé(e) de la maladie recherchée, des moyens de la détecter, des possibilités de prévention et de traitement et avoir recueilli son consentement éclairé.

Fait à ....., le .... / .... / .....

Signature du médecin :

Tampon :

**CONSENTEMENT POUR LA REALISATION D'EXAMENS  
DES CARACTERISTIQUES PERSONNE**

Conformément aux conditions définies par les articles R.1131-4 et R1131-5 du décret 2008-321 du CSP, je soussigné(e) ..... né(e) le .... / .... / .....

Demeurant à .....

Atteste avoir reçu du Docteur ..... les informations sur les examens des caractéristiques génétiques qui seront réalisés afin :

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

Pour cela, je consens :

- Au prélèvement qui sera effectué chez moi.
- Au prélèvement qui sera effectué chez mon enfant mineur ou une personne majeure sous tutelle..... né(e) le .... / .... / .....
- Au prélèvement qui sera effectué chez mon fœtus mort.

Si une partie du prélèvement reste inutilisée après examen,

Je consens à ce qu'il puisse être intégré, le cas échéant, à des fins de recherche scientifique. Dans ce cas, l'ensemble des données médicales me concernant seront protégées grâce à une anonymisation totale.

En conséquence, je suis conscient que ces études scientifiques effectuées ne seront sans aucun bénéfice ni préjudice pour moi.

Signature du patient adulte :

Ou du représentant légal de l'enfant mineur :

Ou du tuteur légal de l'adulte sous tutelle :