



PASTEUR CERBA
Laboratoire

Secrétariat :
Tél : 01 34 40 20 20
Fax : 01 34 40 21 29

e-mail : smedical@pasteur-cerba.com

**CONSENTEMENT EN VUE D'UN EXAMEN
DES CARACTERISTIQUES GENETIQUES D'UNE PERSONNE**
(décret n°2000-570 du 23 juin 2000)

**1 COPIE à joindre au prélèvement
1 COPIE à conserver dans le dossier médical**

ATTESTATION DE CONSULTATION MEDICALE INDIVIDUELLE Préalable à la réalisation des examens des caractéristiques génétiques d'une personne et de son identification par empreintes génétiques à des fins médicales

Je soussigné.....Docteur en Médecine,

Conformément à l'article R.145-15-5 du décret n° 2000-570 du 23 juin 2000, certifie avoir reçu en consultation ce jour le(la) patient(e) sous-nommé(e) afin de lui apporter les informations sur les caractéristiques de la maladie recherchée, des moyens de la détecter, des possibilités de prévention et de traitement.

Fait à , le

Signature du médecin

**CONSENTEMENT POUR LA REALISATION D'EXAMENS DES CARACTERISTIQUES
GENETIQUES D'UNE PERSONNE** Conformément à l'article 16-10 de la loi n°94-653 du 29 juillet 1994

Je soussigné(e) M.....né (e) le

Demeurant à :

Reconnais avoir été informé(e) par le Dr..... sur les examens des caractéristiques génétiques qui seront réalisés à partir :

- de mon prélèvement sanguin ;
- du prélèvement sanguin réalisé chez mon enfant mineur.

Dans le but :

- de confirmer ou d'infirmer le diagnostic d'une maladie génétique suivante :
- de rechercher un état hétérozygote en vue d'un conseil génétique
- de rechercher un remaniement chromosomique

Je donne mon consentement pour ce prélèvement et je reconnais avoir reçu l'ensemble des informations permettant la compréhension de cet acte biologique et sa finalité.

Je consens/ ne consens pas, à la conservation de l'ADN extrait à partir de cet échantillon.

Fait à , le

Signature du patient

CYTOGENETIQUE

Dr Anne Bazin
Dr Pascale Kleinfinger
Dr Martine Montagnon
Dr Marc Nouchy

GENETIQUE MOLECULAIRE

Dr Anne Bazin
Jean-Marc Costa
Isabelle Vinatier