CONSENTEMENT GENERAL

Je soussigné(e) …….
Monsieur (et/ou) Madame* …….
Demeurant ……
Certifie après discussion avec le Docteur ……
à la date du ..…/..…/ …..… et après réflexion,
autorise(nt) pour moi-même, et/ou pour ……* agissant en tant que parents et/ou tuteurs, la réalisation par analyse moléculaire des études génétiques qui peuvent aider au diagnostic et/ou la prévention
……
dont souffre éventuellement ……..

J'ai été informé(e) de la nature des études qui seront effectuées sur le(s) prélèvement(s) et des conséquences éventuelles de leurs résultats, qui ne seront transmis qu'au prescripteur.

J'autorise le recueil, la saisie et le traitement des données contenues dans mon dossier médical, dans le plus strict respect du secret médical. Conformément à la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et libertés, je dispose d'un droit d'accès et rectification par l'intermédiaire du Médecin que j'aurai désigné à cet effet.

Il nous a été précisé que:
- cette étude peut s'étendre sur plusieurs années ;
- le prélèvement de sang peut donc être conservé le temps nécessaire dans une banque d'ADN ;
- à tout moment je peux demander que mon sang ou les produits de celui-ci (notamment l'ADN extrait) me soient restitués.

Seul le Médecin prescripteur ou les Médecins autorisés pourront avoir accès à ces informations et aux résultats.

A tout moment nous pouvons demander que soit interrompue l'étude génétique

Je peux à tout moment modifier ma position à ce sujet et/ou demander des informations complémentaires.

Fait à …… Le ……/……/……

Signature du Médecin **(OBLIGATOIRE)**	**Signature de l'intéressé(e)**	**Cachet du Médecin** **(Nom, Prénom, Adresse, Téléphone, OBLIGATOIRES)**
Signature du Père (dans le cas d'une personne mineure)	**Signature de la Mère** (dans le cas d'une personne mineure)	

* Barrer les mentions inutiles

Ce document est la propriété du centre hospitalier d'Arras – Seule la version électronique fait foi