

- régopt l'ensemble des informations et qui peut consenir.

- si ne peut exprimer de consentement éclairé avec l'assistance d'un tiers, il est représenté par le tuteur désigné par le juge des tutelles qui

- le majorer bénéficiant d'une mesure de protection judiciaire à la personne prend ses décisions avec l'assistance de la personne chargée de sa

- défaut de pouvoir consentir seul de manière éclairée :

Les mesures protégées, conformément à l'article 459, alinéa 1er du code civil, peuvent consentir seuls, dans la mesure où leur état le permet. A

Oui <input checked="" type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
J'autorise la conservation des échantillons biologiques non utilisés et des données générales pour l'examen pour leur événuelle utilisation ultérieure dans le cadre de la même démarche diagnostique, en fonction de l'évolution des connaissances.	

Oui <input checked="" type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Je souhaite être informé(e) du résultat de l'examen réalisé	

je suis informé(e) que je peux revenir à tout moment sur les choix ci-dessous sans conséquences sur ma prise en charge.

je consens à ce que soit réalisé l'examen prescrit.

Le médecin ou le conseiller en génétique m'a remis une notice d'information renfermant notamment les éléments d'information ci-dessus et a répondu à toutes mes questions.

J'ai été également informé(e) que cette démarche diagnostique pourra se poursuivre pour que je puisse bénéficier de l'évolution des connaissances actuelles. Dans ce cas, je serai régulièrement informé(e) de sa poursuite et de son résultat dans le cadre de mon suivi.

La conservation et l'utilisation ultérieure possible des échantillons biologiques et des données issues de l'examen, de les informer et les modalités possibles de leur information ;

que les risques de transmission génétique de cette maladie, les conséquences possibles pour d'autres membres de ma famille, la nécessité d'une recherche, les moyens de la déceler, le degré de fiabilité des examens, les possibilités de prévention et de traitement, ainsi que les informations portant notamment sur :

	
---	--

Pour l'examen diagnostic de (préciser obligatoirement le nom de la maladie ou groupe de maladies recherchées ou l'indication de l'examen prescrit) :

Sur l'examen des caractéristiques génétiques qui m'a été proposé

Conseiller en génétique (tel / / / /) sous la responsabilité du Dr..... (tel / / / /)

Dr. Baudouin (tel / / / /) le sous-signataire reconnaît avoir été informé(e) par le :

J'an de 00/01/2002	DENNTE de la personne (étiquette ou nom, prénom et date de naissance)
--------------------	---

Consentement pour l'examen à finalité médicale des caractéristiques génétiques d'une personne majeure

Information de la famille (parentèle)

Si, par le passé, j'ai fait un don de gamètes (ou d'embryons) et que le diagnostic est confirmé, j'autorise le médecin à informer le centre d'assistance médicale à la procréation concerné pour l'information des personnes nées de ce don ⁴ .	Non concerné <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input checked="" type="checkbox"/>
--	---

Si le diagnostic est posé, j'informerai moi-même les membres de ma famille potentiellement concernés ou certains d'entre eux, dès lors que des mesures de soins ou de prévention, y compris de conseil génétique, peuvent être proposées.	Oui <input type="checkbox"/> Non <input checked="" type="checkbox"/>
Pour les membres de ma famille que je n'informe pas, je demanderai au médecin de procéder lui-même à cette information dans le respect du secret médical.	Oui <input type="checkbox"/> Non <input checked="" type="checkbox"/>

En cas de réponse négative aux deux rubriques précédentes, j'ai été informé(e) que ma responsabilité pourrait être engagée.

Ces informations sont couvertes par le secret professionnel et le droit au respect de la vie privée dans les conditions de l'article L1111-4 du code de la santé publique.

Conformément aux dispositions relatives à la protection des données, je dispose d'un droit d'opposition, d'accès et de rectification par l'intermédiaire du Dr..... *Docken*.....

Fait à <i>Endroit sur seine</i>	Le <i>date 2023</i>
<u>Nom, prénom et signature (obligatoire) de la personne</u>	
	

⁴ Article L. 1131-1-2 du CSP

- le majorer bénéficiant d'une mesure de protection judiciaire à la personne prend ses décisions avec l'assistance de la personne chargée de sa défaut de pouvoir consentir seul de manière éclairée ;
 - si ne peut exprimer de consentement éclairé avec l'assistance susmentionnée, il est représenté par le tuteur désigné par le juge des tutelles qui réçoit l'ensemble des informations et qui peut consenrir.
- 5 Les mesures protégées, conformément à l'article 459, alinéa 1er du code civil, peuvent consentir seuls, dans la mesure où leur état le permet. A


Signature et cachet du médecin ou conseiller en génétique:

 Date : 20/06/2013

Le certificat avoue reueilli le consentement de la personne dans les conditions prévues par la loi.
Possibles des résultats de l'examen pour d'autres membres de la famille et des modalités d'information de ceux-ci.
Facilité des examens, des possibilités de prévention et de traitement des modalités de transmission générale de cette maladie, des conséquences

IDENTITE de la personne (épouse ou nom, prénom et date de naissance)



ATTESTATION D'INFORMATION (Du médecin prescripteur ou du conseiller en génétique)

VF 15 MAI 2019

(RGPD) sur les données de santé

Articles 48, 56 et 75 de la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 et articles 14 et 21 du règlement 2016/679 général sur la protection des données

Article L. 1131-1-1 du CSF sur les échantillons biologiques

Sur les droits d'information et d'opposition :

			Nom, prénom et signature (obligatoire) de la personne	
Le 22/06/2023		Le	Fait à Poclain	

Conformément aux dispositions relatives à la protection des données, je dispose d'un droit d'opposition, d'accès et de rectification par l'intermédiaire

J'autorise la conservation des données obtenues dans le cadre de la démarche diagnostique pour une éventuelle utilisation ultérieure dans un but de recherche.	Oui <input checked="" type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
J'autorise la conservation des échantillons biologiques non utilisés dans le cadre de la démarche diagnostique pour une éventuelle utilisation ultérieure dans un but de recherche.	Oui <input checked="" type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>

je suis informé(e) que je peux revenir à tout moment sur les choix ci-dessous sans conséquences sur ma prise en charge.

En cas d'utilisation de mes échantillons biologiques ou de mes données génétiques, je serai informé(e) du projet de recherche ou du traitement de données envisagé et aurai la possibilité de me y opposer.

J'ai également reçu des informations sur l'utilisation ultérieure éventuelle dans un but de recherche de mes échantillons biologiques non utilisés dans le cadre de la démarche diagnostique, ainsi qu'en matière de l'examen.

Consentement pour la conservation, dans un but de recherche, des échantillons et des données résultant de l'examen, des caractéristiques génétiques d'une personne majeure réalisée pour une finalité médicale