

## Plan France Médecine Génomique 2025

### Consentement pour l'examen à finalité médicale des caractéristiques génétiques d'une personne mineure décédée

Le consentement de chacun des parents ayant exercé l'autorité parentale ou du représentant légal de l'enfant décédé est requis ; en cas d'exercice exclusif de l'autorité parentale, fournir le justificatif (extrait d'acte de naissance, décision de justice relative à l'autorité parentale, livret de famille...)

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

Je, soussigné(e), agissant en qualité de représentant légal de l'enfant mineur désigné ci-dessus, reconnais avoir été informé(e) par le :

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

Sur l'examen des caractéristiques génétiques qui m'a été proposé pour l'enfant mineur (nom, prénom, date de naissance) :

Fenuai Paula, 04/07/20

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

Cardiomyopathie

J'ai reçu les informations, portant notamment sur :

- La maladie recherchée, les moyens de la détecter, le degré de fiabilité des examens, les possibilités de prévention et de traitement, ainsi que les risques de transmission génétique de cette maladie, les conséquences possibles pour d'autres membres de sa famille, la nécessité de les informer et les modalités possibles de leur information ;
- La conservation et l'utilisation ultérieure possible de ses échantillons biologiques et des données issues de l'examen.

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

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

Je consens à ce que soit réalisé sur l'enfant mineur l'examen prescrit<sup>1</sup>.

Je suis informé(e) que je peux revenir à tout moment sur les choix ci-dessous sans conséquences particulières.

Je souhaite être informé(e) du résultat de l'examen réalisé<sup>2</sup>

Oui ☒ Non ☐

J'autorise la conservation des échantillons biologiques non utilisés et des données générées par l'examen pour leur éventuelle utilisation ultérieure dans le cadre de la même démarche diagnostique, en fonction de l'évolution des connaissances.

Oui ☒ Non ☐

<sup>1</sup> Article 16-10 du code civil

<sup>2</sup> Article L. 1111-2 du code de la santé publique (CSP)

### Information de la famille (parentèle)

Si le diagnostic est posé, j'informerai moi-même les membres de la famille de l'enfant mineur 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 sa 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 au nom de l'enfant mineur d'un droit d'opposition, d'accès et de rectification par l'intermédiaire du Dr. Ferron

<b>Fait à</b> <u>Paris</u>	<b>Fait à</b>
<b>Le</b> <u>12/06/23</u>	<b>Le</b>
<b>Nom, prénom et signature (obligatoire) du représentant légal de l'enfant mineur décédé</b> <u>Ferron Adriana</u>	<b>Nom, prénom et signature (obligatoire) du représentant légal de l'enfant mineur décédé</b>

**ATTESTATION D'INFORMATION**  
**s'agissant d'une personne mineure décédée <sup>3</sup>**  
**(Par le médecin prescripteur ou le conseiller en génétique)**

<b>IDENTITE de l'enfant mineur décédé</b> (étiquette ou nom, prénom et date de naissance)	<b>IDENTITE des représentants légaux</b>

Je certifie que les personnes susnommées agissant en qualité de représentants légaux de l'enfant mineur ont été informés des caractéristiques de la maladie recherchée, des moyens de la détecter, du degré de fiabilité des examens, des possibilités de prévention et de traitement et des modalités de transmission génétique de cette maladie, des conséquences possibles des résultats de l'examen pour d'autres membres de la famille et des modalités d'information de ceux-ci.

Je certifie avoir recueilli le consentement des représentant légaux l'enfant mineur dans les conditions prévues par la loi.

**Date :**

**Signature et cachet du médecin ou du conseiller en génétique:**

# **Consentement pour la conservation, dans un but de recherche, des échantillons et des données résultant de l'examen des caractéristiques génétiques d'une personne mineure décédée et réalisé pour une finalité médicale**

J'ai également reçu des informations sur l'utilisation ultérieure éventuelle dans un but de recherche des échantillons biologiques prélevés sur l'enfant mineur non utilisés dans le cadre de la démarche diagnostique, ainsi que des données issues de l'examen. En cas d'utilisation de ces échantillons biologiques ou de ces données génétiques, je serai informé(e) du projet de recherche ou du traitement de données envisagé et aurai la possibilité de m'y opposer<sup>3</sup>.

Je suis informé(e) que je peux revenir à tout moment sur les choix ci-dessous sans conséquences particulières.

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"/>
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"/>

Conformément aux dispositions relatives à la protection des données, je dispose au nom de l'enfant mineur d'un droit d'opposition, d'accès et de rectification par l'intermédiaire du Dr. P. Leun

<b>Fait à</b> <u>Paris</u>	<b>Fait à</b>
<b>Le</b> <u>12/06/23</u>	<b>Le</b>
<b>Nom, prénom et signature (obligatoire) du représentant légal de l'enfant mineur décédé</b> <u>Ferrari Adriana</u>	<b>Nom, prénom et signature (obligatoire) du représentant légal de l'enfant mineur décédé</b>

<sup>3</sup> Sur les droits d'information et d'opposition :

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

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 (RGPD) sur les données de santé