Plan France Médecine Génomique 2025

Consentement pour l'examen à finalité médicale des caractéristiques génétiques d'une personne majeure¹

<u>IDENTITE de la personne</u> (étiquette ou nom, prénom et date de naissance)	
Je soussigné(e) reconnais avoir été informé(e) par le : Dr	(tel / / / /)
De soussigné(e) reconnais avoir été informé(e) par le : Dr	
que les risques de transmission génétique de cette maladie, les conséquences possibles pour d'autres membres d de les informer et les modalités possibles de leur information; - La conservation et l'utilisation ultérieure possible de mes échantillons biologiques et des données issues de l'exar d'ai été également informé(e) que cette démarche diagnostique pourra se poursuivre pour que je puisse bénéficier de l'évol actuelles. Dans ce cas, je serai régulièrement informé(e) de sa poursuite et de son résultat dans le cadre de mon suivi. Le médecin ou le conseiller en génétique m'a remis une notice d'information reprenant notamment les éléments d'informatic à toutes mes questions. Je consens à ce que soit réalisé l'examen prescrit ² .	e ma famille, la nécessité nen. lution des connaissances
	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

Les majeurs protégés, conformément à l'article 459, alinéa 1er du code civil, peuvent consentir seuls, dans la mesure où leur état le permet. A défaut de pouvoir consentir seul de manière éclairée :

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

⁻ s'il ne peut exprimer de consentement éclairé avec l'assistance susmentionnée, il est représenté par le tuteur désigné par le juge des tutelles qui reçoit l'ensemble des informations et qui peut consentir.

² Article 16-10 du code civil

³ Article L. 1111-2 du code de la santé publique (CSP)

Information de la famille (parentèle)

informer le centre d'assistance médicale à la procréation concerné pour l'information des personnes nées de ce don ⁴	Non concerné Oui Non
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 de soins ou de prévention, y compris de conseil génétique, peuvent être proposées.	Oui Non
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 Non
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 la santé publique. Conformément aux dispositions relatives à la protection des données, je dispose d'un droit d'opposition, d'accès et de rectificat du Dr	
Fait à Le	
Nom, prénom et signature (obligatoire) de la personne	

⁴ Article L. 1131-1-2 du CSP

ATTESTATION D'INFORMATION 5 (Du médecin prescripteur ou du conseiller en génétique)

<u>IDENTITE de la personne</u> (étiquette ou nom, prénom et date de naissance)	
	Date :
	Signature et cachet du médecin ou conseiller en génétique:

Les majeurs protégés, conformément à l'article 459, alinéa 1er du code civil, peuvent consentir seuls, dans la mesure où leur état le permet. A défaut de pouvoir consentir seul de manière éclairée :

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

⁻ s'il ne peut exprimer de consentement éclairé avec l'assistance susmentionnée, il est représenté par le tuteur désigné par le juge des tutelles qui reçoit l'ensemble des informations et qui peut consentir.

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 réalisé pour une finalité médicale

J'ai également reçu des informations sur l'utilisation ultérieure éventuelle <u>dans un but de recherche</u> de mes échantillons biologiques non utilisés dans le cadre de la démarche diagnostique, ainsi que des données issues de l'examen.

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 m'y opposer⁶.

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

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.				
J'autorise la conservation des données obtenues outilisation ultérieure dans un but de recherche.	ans le cadre de la démarche diagnostique p	our une éventuelle Oui	Non	
nformément aux dispositions relatives à la protection Dr		d'accès et de rectification p	ar l'interm	édiai
Fait à	<u>Le</u>			
Nom, prénom et signature (obligatoire) d	la personne			

⁶ 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