

- si l'ensemble des informations est qui peut consenir ;
- le maître peut exprimer de consentement éclairé avec l'assistance susmentionnée, il est représenté par le tuteur désigné par le juge des tutelles qui protéger ;

- le maître peut bénéficier d'une mesure de protection judiciaire à la personne prend ses décisions avec l'assistance de la personne chargée de sa défense ou pour pouvoir consentir seul de manière éclairée :

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

<input checked="" type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<p>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.</p>
---	--

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

- 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 réalisée 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.
- La conservation et l'utilisation ultérieure possible des modalités 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'autre examens, les possibilités de prévention et de traitement, ainsi que les informations portant notamment sur :

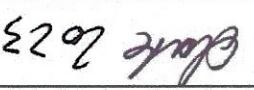
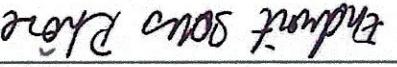
<input checked="" type="checkbox"/> Ma maladie
--

- Pour l'examen diagnostique 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 généliques qui m'a été proposée
- Conseiller en génétique (tel 01/23456789) sous la responsabilité du Dr (tel 01/23456789) (tel 01/23456789)
- Dr (tel 01/23456789) (tel 01/23456789) (tel 01/23456789)
- je soussigné(e) reconnaît avoir été informé(e) par le :

<p style="font-size: 2em;">2000/01/00</p>	<p style="font-size: 2em;">Mme Doe</p>
---	--

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

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

		 John Doe	
Nom, prénom et signature (obligatoire) de la personne			
			Fait à Thalwil sous Rive
Le 22/06/2019			

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.

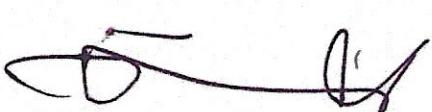
Ces informations sont couvertes par le secret professionnel et le droit au respect de la vie privée dans les conditions de l'article L 111-4 du code de la santé publique.

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

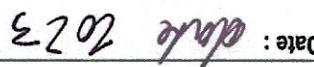
Si le diagnostic est posé, j'informe moi-même les membres de ma famille potentiellement concernés ou certains d'entre eux, dès lors que des mesures de de soins ou de prévention, y compris de conseil génétique, peuvent être proposées.		<input checked="" type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non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

Information de la famille (parentèle)

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



Signature et cachet du médecin ou conseiller en génétique:



je certifie avoir reçue(l) 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.
fabilité des examens, des possibilités de prévention et de traitement et des modalités de transmission générale de cette maladie, des conséquences possibles des examens, des possibilités de l'informer des caractéristiques de la maladie recherchée, des moyens de la détecter, du degré de



2023

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

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

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

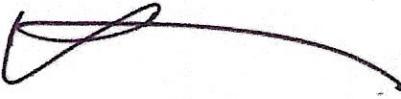
J'ai également reçu des informations sur l'utilisation ultérieure éventuelle dans un but de recherche de mes échantillons biologiques non utilisés dans le cadre de la démarche diagnostique, ainsi que des données issues de l'examen.

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.	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 d'un droit d'opposition, d'accès et de rectification par l'intermédiaire du Dr.....
Doele

Fait à <i>endroit sous Rhône</i>	Le <i>Date 2023</i>
Nom, prénom et signature (obligatoire) de la personne	
<i>Joe Doe</i>	

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