



OXABIO
13 rue d'Alger
59400 CAMBRAI

**Attestation de consultation et
consentement en vue d'un examen
génétique à finalité médicale**

Ref : 03-A-PRE-7E_025 / 04
Version : 04
Applicable le : 25-02-2016



**1 copie à envoyer au laboratoire avec le prélèvement
1 copie à conserver dans le dossier**

ATTESTATION DE CONSULTATION MEDICALE INDIVIDUELLE

Selon les articles R. 1131-4 et R.1131-5 du code de santé publique et du décret 2008-321 du 4 avril 2008 :
« je certifie avoir informé le (ou la) patient(e) sous-nommée des caractéristiques de la maladie recherchée, des moyens de la détecter, des possibilités de prévention et de traitement et d'avoir recueilli le consentement du (ou de la) patient(e) dans les conditions de l'article R.145-15-4 (Cet article indique que ce consentement doit être libre et éclairé par une information préalable comportant notamment des indications sur la portée de l'examen »

Fait à, le

*Cachet obligatoire (nom, adresse,
tél.)*

Signature du prescripteur

**CONSENTEMENT DU PATIENT POUR LA REALISATION D'EXAMENS
A CARACTERE GENETIQUE**

Je soussigné(e), M

Né(e) le à

Demeurant à :

Reconnais avoir été informé(e) par le Dr.....

Conformément au décret 2008-321 du 4 avril 2008, aux articles R. 1131-4 et R.1131-5 du CSP, sur les examens à caractère génétique réalisés à partir :

du sang qui m'a été prélevé le : et nombre de tube EDTA :

du sang qui a été prélevé sur mon enfant mineur le :
Nom et prénom de l'enfant : né le :

du sang qui a été prélevé sur la personne adulte dont je suis le représentant légal le :
Nom et prénom de la personne : né le :

Ces analyses sont réalisées pour aider au diagnostic de maladie génétique en rapport avec mes symptômes ou pour confirmer ou infirmer le diagnostic pré-symptomatique d'une maladie génétique et/ou en vue d'un conseil génétique (recherche d'un état homozygote ou hétérozygote).

Tests de prédisposition génétique à l'Hémochromatose :

HFE1 C282Y HFE1 H63D **HN*** HFE1S65C **HN*** Autre :

Thrombophilie :

Mutation du F II prothrombine 20210 G>A et/ou mutation du F V Leiden R506Q

HLA

HLA de classe I (A, B, C) HLA classe II (DR, DQ, DP) HLA B27 génotypage Autre :

Autre :

HN : Hors Nomenclature*

Je donne mon consentement pour ce prélèvement. Je reconnais avoir reçu l'ensemble des informations permettant la compréhension de cet acte biologique et sa finalité. **Les résultats** me concernant ou concernant la personne dont je suis le représentant légal **seront transmis exclusivement au médecin prescripteur** désigné ci-dessus qui me les transmettra en me les expliquant. Si une partie du prélèvement reste inutilisée, je consens à ce qu'il puisse être utilisé à des fins de recherche scientifique dans le respect strict de l'anonymat, sans bénéfice ni préjudice me concernant.

Fait à, le

Signature du patient