

Conformément à l'article 16-10 du Code Civil et à l'article L1131-1 du CSP

Je soussigné(e) Docteur.....

Certifie avoir reçu en consultation ce jour

Monsieur / Madame / l'enfant

et avoir apporté les informations définies selon l'article R 1131-5 du Code de la Santé Publique et avoir recueilli le consentement éclairé dans les conditions prévues à l'article R 1131-4 du CSP.

Fait à :

Le :

*Signature et
cachet du médecin :*

CONSENTEMENT CONCERNANT UNE ETUDE GENETIQUE MOLECULAIRE
DANS UN BUT DIAGNOSTIC

Je soussigné(e).....

Patient majeur

Responsable de M. ou Mme

Parent de l'enfant

- **Certifie** avoir reçu les informations nécessaires du Dr
sur la maladie.....

- **Accepte** que soit réalisée sur ma personne, sur l'enfant à naître, mon enfant, la personne sus nommée (rayer la mention inutile) une recherche par génétique moléculaire. Cette étude sera réalisée dans un but diagnostique et (rayer la mention inutile)

Je souhaite

Je ne souhaite pas

connaître les éventuels résultats le jour où cette étude aboutira.

Je consens au recueil, à la saisie et au traitement des données contenues dans mon dossier médical par des personnes tenues au secret professionnel. Les données qui me concernent resteront strictement **confidentielles**. Je n'en autorise la consultation qu'aux personnes qui collaborent à l'analyse. Je pourrai à tout moment demander à être retiré de l'analyse et à cette fin les données concernant mon dossier devront être détruites.

Conformément à la loi Informatique et Libertés, je peux exercer mon droit d'accès aux données qui me concernent par l'intermédiaire d'un médecin de mon choix.

Fait à :

Le :

*Signature du patient adulte
ou des 2 représentants légaux de l'enfant mineur
ou du tuteur légal de l'adulte sous tutelle :*