CONSENTEMENT

© 2018 by

SGMG Société Suisse de Génétique Médicale

Blumeneggstrasse 55
9403 Goldach
Case postale
9001 Saint-Gall

Tel. 071 844 45 45
Fax 071 844 45 46
e-mail info@team-w.ch

labor team w ag

Code médecin

Téléphone

Fax

Nom																			
Prénom																			
Né/e le		.		.														M ☐ F ☐	
c/o parents																			
Nº, rue																			
CP, lieu																			
Tél. patient																			
Nº patient																			
Prélevé le		.		.					heure				:						

0016 ☒ Consentement éclairé en vue d'une ou plusieurs analyses génétiques

Nom : _____ Prénom : _____

Date de naissance : _____

Je confirme avoir reçu un conseil génétique qui m'a informé(e) sur les différents aspects des analyses génétiques décrits dans le formulaire « Information au patient » sur le site web de la Société Suisse de Génétique Médicale, et que j'ai eu suffisamment de temps pour poser des questions et prendre ma décision.

Je donne mon consentement pour l'analyse (les analyses) génétique(s) suivante(s) :

_____ ☐ prénatal ☐ postnatal ☐ pré-symptomatique/prédictif

Relative à la **maladie** suivante : _____

Sur le **prélèvement** suivant (p.ex. sang, liquide amniotique, tissu) : _____

Ma décision relative à la transmission d'éventuels résultats supplémentaires non prévus dans l'analyse génétique moléculaire. Je désire être informé(e) d'une éventuelle modification génétique lorsqu'elle appartient à la catégorie suivante :

- Prédisposition à une maladie dont les symptômes peuvent être traités, et dont l'apparition et l'évolution peuvent être surveillées et/ou influencées médicalement : **01131** ☐ OUI ☐ NON
- Prédisposition à une maladie pour laquelle il n'existe actuellement pas de traitement : **01132** ☐ OUI ☐ NON
- Etat de porteur (sain) pour une maladie récessive pouvant survenir dans la descendance ou chez des apparentés : **01133** ☐ OUI ☐ NON

01134 Autre : _____

En l'absence de réponse, nous considérerons que vous ne souhaitez pas prendre connaissance d'éventuels résultats supplémentaires non prévus.

Conservation et utilisation de l'excédent de(s) échantillon(s) et des données d'analyse génétique.

- Je suis d'accord que mes échantillons et mes données des analyses soient conservés pour une éventuelle analyse ultérieure. Dans ce cas, ces analyses ne seraient effectuées que dans mon intérêt et avec mon consentement. **01135** ☐ OUI ☐ NON
  Cocher la case « Non » implique que vos échantillons seront détruits après l'analyse.
- Je suis d'accord avec la conservation et l'utilisation anonyme de mes échantillons et mes données à des fins d'amélioration de la qualité des analyses génétiques. **01136** ☐ OUI ☐ NON

Utilisation de mon échantillon et de mes données pour la recherche.

Par ailleurs, vos échantillons et données des analyses peuvent être utiles pour la recherche. Si vous êtes intéressés par une éventuelle participation à un projet de recherche, vous pouvez l'indiquer ici. Le cas échéant, nous vous recontacterons afin de vous donner plus d'informations. A ce stade, **votre réponse n'implique aucun engagement de votre part**.

- En principe, je suis d'accord que mon échantillon et mes données soient conservés et utilisés pour la recherche. **01137** ☐ OUI ☐ NON

Signature : _____ Lieu et date : _____
(parent/représentant légal le cas échéant)

Médecin demandeur :

Conformément à la loi sur l'analyse génétique humaine (LAGH), j'ai dûment expliqué la procédure de l'analyse génétique y compris les limites à la personne nommée ci-dessus et répondu aux questions qu'elle souhaitait poser.

Nom : _____ Prénom : _____

Signature : _____ Lieu et date : _____

Timbre : _____