CONSENTEMENT

© 2018 by
SGMG
Schweizerische Gesellschaft für Medizinische Genetik

labor team w ag
Blumeneggstrasse 55
9403 Goldach

t 071 844 45 45
f 071 844 45 46
info@team-w.ch

Code médecin

Téléphone

Fax

Nom																					
Prénom																					
Né/e-le			.		.															M ☐	
																				F ☐	
c/o parents																					
N⁰, rue																					
CP, lieu																					
Tél. patient																					
N⁰patient																					
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): _____

Je souhaite l'examen :

- même en cas de prestation non obligatoire ou en l'absence de prise en charge — **02211** ☐ OUI ☐ NON
  (Je prends en charge les coûts de CHF_____ si nécessaire.)
- uniquement en cas de prestation obligatoire ou de prise en charge garantie — **02212** ☐ OUI ☐ NON

02213 Début de l'analyse : ☐ 1 - immédiatement ☐ 2 - dès que la prise en charge est confirmée (le matériel est conservé, coûts : 54.90 CHF) ☐ 3 - après nouvelle notification

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
  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.

Signature timbre : _____ Lieu et date : _____