

CONSENTEMENT EN VUE D'UN EXAMEN DES CARACTERISTIQUES GENETIQUES D'UNE
PERSONNE POUR LA PHARMACOGENETIQUE

Examen Pharmacogénétique
(Décret n°2008-321 du 4 avril 2008)

L'analyse qui vous est proposée a pour but de déterminer si certaines de vos caractéristiques génétiques peuvent influencer la réponse au médicament qui vous a été prescrit ou qui va vous être prescrit. Cet examen est limité à l'étude de quelques gènes particuliers impliqués dans le devenir du médicament dans l'organisme ou ses effets, et ne permet en aucun cas votre identification génétique.

Je soussigné(e), Madame, Monsieur

Nom de naissance : Prénom :
Nom d'usage :
Date de naissance : Lieu de Naissance :

- ❖ accepte ce jour qu'un échantillon sanguin:
- me soit prélevé
 - soit prélevé à l'enfant mineur :(nom, prénom)
dont je suis titulaire de l'autorité parentale.

dans le but de réaliser une analyse génétique concernant la réponse au(x) médicament(s) ou à la classe de médicaments suivants :

- 5-Fluorouracile Capecitabine Irinotecan
 Azathioprine 6-Mercaptopurine Autre :
 certifie avoir été pleinement informé(e) par le Docteur.....

1. de la nature et de l'objectif des examens qui seront effectués sur le prélèvement ;
2. du caractère strictement confidentiel des résultats qui seront obtenus ;
3. que je pourrais avoir connaissance par mon médecin des résultats ainsi que de toute information confidentielle me concernant / concernant mon enfant mineur.

- ❖ Si une partie du prélèvement reste inutilisée après examen, j'autorise sa conservation et son utilisation de manière anonyme à des fins de recherche médicale. Je suis conscient(e) que ces études scientifiques effectuées ne seront sans aucun bénéfice ni préjudice pour moi.
- oui
 non

Signature du patient

Fait à Le

ATTESTATION DE CONSULTATION MEDICALE

Je soussigné(e) Docteur.....atteste avoir reçu en consultation ce jour Monsieur/Madame/l'enfant....., lui avoir remis les informations concernant l'analyse et recueilli son consentement éclairé conformément aux articles R. 1131-4 et R1131-5 du décret n°2008-321 du 4 avril 2008.

Fait à Le **Signature manuscrite du médecin prescripteur**