



A conserver dans le dossier médical. Adresser une photocopie au laboratoire avec le prélèvement

CONSENTEMENT EN VUE D'UN EXAMEN DES CARACTERISTIQUES GENETIQUES

Je, soussigné(e), M., M^{me}, M^{lle} :

Parent de l'enfant (Nom et Prénom) :

Déclare avoir été informé par le Dr sur les examens à caractère génétique qui seront réalisés à partir d'un prélèvement :

pour moi-même :

pour mon enfant mineur :

pour confirmer ou infirmer le diagnostic de maladie génétique :

.....

Je consens : à l'analyse cytogénétique

à l'analyse de Biologie Moléculaire

et reconnais avoir reçu, lors de cette consultation médicale individuelle et conformément à l'article 145-15-4 du code de la santé publique, les informations concernant la (ou les) maladie(s) recherchée(s), les moyens de la ou les détecter, les possibilités de prévention et de traitement.

Fait à, le.....Signature :

ATTESTATION DU PRESCRIPTEUR

(Décret n°2000-570 du 23 juin 2000)

Je soussigné(e) Docteur

Certifie avoir informé le (ou la) patient(e) ou les parents de l'enfant mineur sus nommé des caractéristiques de la maladie recherchée, les moyens de la détecter, les possibilités de prévention et de traitement et d'avoir recueilli le consentement du (ou de la) patient(e) ou de ses parents dans les conditions de l'article n°145-15-4.

Signature :

Cachet :