

CONSENTEMENT POUR L'EXAMEN DES CARACTERISTIQUES GENETIQUES PREDISPOSANT AUX CANCERS

Après avoir été informé(e) par le Dr.....

- J'ai compris qu'il peut exister dans ma famille un risque de prédisposition aux cancers.
- Une analyse génétique m'est proposée à partir d'une prise de sang.
- Cette analyse repose sur l'étude de mon patrimoine génétique. Elle a pour but de déterminer si un des gènes présente une mutation (modification génétique) me rendant particulièrement susceptible à certains cancers.
- Si le test ne retrouve pas de mutation, je suis conscient(e) qu'il demeure une possibilité que je sois porteur(se) d'une mutation non encore identifiée.
- Si le test retrouve une mutation c'est-à-dire si je suis porteur(se) de cette mutation, j'ai compris que le risque de cancer au cours de ma vie est important.
- Les résultats me concernant me seront transmis au cours d'une consultation médicale à moi seul(e) et à aucun membre de ma famille, sauf à ma demande. Je serai contacté par courrier lorsque ces résultats seront disponibles. Pour le permettre, je transmettrai mes coordonnées en cas de changement de domicile au secrétariat du Dr Lors de cette consultation, l'interprétation des résultats me sera expliquée.
- Conformément à l'article R.1131-14 du code de la santé publique, je pourrais refuser que les résultats de l'examen me soient communiqués. J'en informerai par écrit le Dr.....
- Ces résultats seront strictement confidentiels.
- Il m'appartient de communiquer l'information à une ou des personnes de ma famille, afin de les prévenir qu'elles peuvent bénéficier d'une consultation d'oncogénétique, et, si elles le souhaitent, se voir proposer la réalisation d'un test. Je pourrais soit les informer moi-même, soit fournir les informations permettant de les joindre au Dr
- Les résultats du test seront consignés dans mon dossier médical constitué à l'Institut Paoli-Calmettes et feront l'objet d'un traitement informatique selon les modalités recommandées par la Commission Nationale Informatique et Liberté[‡], mon droit d'accès et de rectification pour les informations me concernant pouvant s'exercer à tout moment.
- J'ai eu la possibilité de poser toutes les questions que je souhaitais au Dr
- Ainsi, conformément aux prescriptions de l'article R.1131-4 du code de la santé publique, du décret n° 2000-570 du 23 juin 2000 et de la loi n°2004-80000 du 6 août 2004 relative à la bioéthique, **je donne mon accord pour que soit effectué une analyse génétique (ou un examen des caractéristiques génétiques, ou un test génétique) de prédisposition aux cancers à partir d'une prise de sang.**
 Oui Non
- Si des membres de ma famille se présentent à la consultation d'oncogénétique, j'autorise l'utilisation des résultats pour leur prise en charge.
 Oui Non
- J'autorise l'utilisation de ces prélèvements à des fins de recherche dans le cadre des collectes de matériel biologique. Je serai alors recontacté en cas d'informations pertinentes pour moi ou ma famille.
 Oui Non
- Pour faciliter la réalisation de tests chez les personnes de ma famille dans d'autres laboratoires, j'autorise le transfert anonyme d'une partie de mes prélèvements.
 Oui Non

Date :/...../.....

Nom, prénom
Date de naissance

signature

Dr

Signature

[‡] Loi n° 2004-801 du 6 août 2004 relative à la protection des personnes physiques à l'égard des traitements de données à caractère personnel et modifiant la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés.