

CONSENTEMENT ECLAIRE EN VUE D'UNE OU PLUSIEURS ANALYSES GENETIQUES

Après avoir eu toutes les explications du médecin spécialiste, prière d'indiquer la façon dont sera traité votre prélèvement biologique en répondant par «oui» ou «non» aux questions suivantes.

Je donne mon accord à la réalisation sur ma personne du (des) test (s) génétique(s) suivant(s): « <u>Séquençage de nouvelle génération-typage du HLA</u> »	Oui	Non
Je voudrais être informé des résultats du test.	Oui	Non
Conservation et utilisation de l'excédent de(s) échantillon (s) et des données d'analyse génétique.		
<ul style="list-style-type: none"> • Je donne mon accord pour que mon échantillon et mes données des analyses soient conservés pour une analyse ultérieure. Dans ce cas, ces analyses ne seraient effectuées que dans mon intérêt et avec mon consentement. <i>Entourer la case «Non» implique que vos échantillons seront détruits après l'analyse.</i> 	Oui	Non
<ul style="list-style-type: none"> • Je donne mon accord pour la conservation de l'échantillon et l'utilisation anonyme de mes échantillons et mes données à des fins d'amélioration de la qualité des analyses génétiques. 	Oui	Non
Utilisation de mon échantillon et de mes données pour la recherche.		
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.		
Je suis d'accord que mon échantillon et mes données soient conservés et utilisés pour la recherche.	Oui	Non
Je donne mon accord afin que le médecin impliqué dans la recherche puisse me contacter au besoin.	Oui	Non

Je donne mon accord, suivant les résultats, à poursuivre le conseil ou les tests génétiques qui pourraient aider les membres de ma famille.

J'ai le droit de me retirer à tout moment de l'un ou de tous les engagements cités ci-dessus.

Nom du patient/ représentant légal : Date : Signature :

Adresse : Tél :

Nom du médecin : Date : Signature/tampon :