

Identité/coordonnées du clinicien prescripteur :

Consentement éclairé d'un sujet MAJEUR pour la réalisation d'une étude génétique, et/ou la mise en banque de matériel génétique (ADN, ARN), et/ou l'établissement, la conservation et l'étude de lignées et de dérivés cellulaires

Je, soussigné(e) né(e) le,

résidant à.....

accepte que soit réalisé chez moi un prélèvement en vue d'une étude génétique. Ce prélèvement pourra être utile pour le diagnostic et/ou le traitement de la maladie chez moi ou d'autres membres de ma famille, d'après les recommandations du(des) Dr(s).....

J'autorise le prélèvement

Je n'autorise pas le prélèvement

(rayer la mention inutile)

La connaissance de mes origines géographiques peut être utile pour l'orientation et l'interprétation de cette étude génétique.

Cette étude sera réalisée à partir de l'ADN (et/ou ARN) extrait directement à partir du prélèvement et/ou d'une culture cellulaire et/ou d'une lignée cellulaire établie(s) à partir du prélèvement. Les lignées lymphoblastoïdes seront établies et conservées au sein de la Banque de cellules (Hôpital Cochin, Paris, France). L'ADN/ARN et les dérivés cellulaires seront conservés au sein de l'U.F. de Génétique clinique et moléculaire (Hôpital Armand-Trousseau, Paris, France).

Dans certains cas, les études génétiques peuvent s'étendre sur plusieurs années. A tout moment, je peux demander à ce que l'ADN et/ou l'ARN et/ou les dérivés cellulaires me soient restitués ou soient détruits. Conformément à la loi Informatique et Libertés, je peux exercer mon droit d'accès aux données qui me concernent par l'intermédiaire d'un médecin de mon choix.

Je déclare avoir reçu les informations nécessaires me permettant de comprendre la nature des études génétiques qui seront engagées ainsi que les conséquences potentielles de leurs résultats pour moi et/ou ma famille.

Les résultats seront uniquement communiqués au(x) Docteur(s)

Je souhaite être informé(e) de ces résultats

Je ne souhaite pas en être informé(e)

(rayer la mention inutile)

Certaines analyses peuvent révéler un risque pour des affections autres que celles étudiées. J'en serai informé(e) uniquement si ces données comportent un bénéfice direct en l'état actuel des connaissances, c'est-à-dire si elles apportent une possibilité de prévention et/ou de traitement pour moi ou ma famille. Je comprends les enjeux éventuels de ces informations imprévues.

Je consens au recueil, à l'analyse et au traitement des données contenues dans mon dossier médical par des personnes soumises au secret professionnel. Les données me concernant seront tenues confidentielles. Je n'autorise pas la consultation de ces données par d'autres personnes que celles collaborant à cette étude. Je peux exercer mon droit d'accès aux données me concernant par l'intermédiaire d'un clinicien de mon choix.

L'utilisation de mon ADN/ARN/dérivé cellulaire dans un objectif différent de celui de l'étude à laquelle je consens aujourd'hui, nécessitera un nouveau consentement de ma part.

Fait à :

Le :

Signature du clinicien prescripteur :

Signature du participant :