

Nom du patient:

Date de naissance:

Sexe:

Adresse:

Assurance:

Test génétique Consentement éclairé

Je confirme par la présente que, dans le cadre d'une séance de conseil génétique, j'ai été informé des différents aspects des tests génétiques, comme expliqué dans la fiche d'information "Informations destinées aux patients". J'ai compris l'information et j'ai disposé du temps nécessaire pour prendre ma décisions.

1. Je donne mon consentement pour effectuer les analyses génétiques suivantes:

2. Pour le(s) effets(s) suivant(s) :

3. Une copie des résultats du test génétique doit être envoyée à:

4. Je veux effectuer ce test même si mon assurance refuse le paiement
(max. CHF _____) Oui Non

5. Je veux être informé des résultats de l'étude mentionnée ci-dessus
 Oui Non

6. Il ne faut pas répondre à la question suivante si une seule mutation doit être testée
J'ai été informé que des découvertes fortuites peuvent survenir. Il s'agit de résultats qui ne sont pas liés à l'essai demandé ci-dessus.

Je veux être informé des découvertes fortuites comme suit:

6.1 Si je suis porteur d'un trouble pour lequel des mesures préventives et/ou thérapeutiques **sont** disponibles Oui Non

6.2 Si je suis porteur d'un trouble pour lequel des mesures préventives et/ou thérapeutiques **n'est** disponibles Oui Non

6.3 Si je suis un porteur sain d'un trouble récessif Oui Non

Je ne veux pas être informé des découvertes fortuites

7. Je donne mon consentement à

7.1 Conserver mon échantillon pour un test ultérieur (selon mon intérêt et suite à ma demande) Oui Non

7.2 Utiliser mon échantillon pour un contrôle qualité Oui Non

7.3 Utiliser mon échantillon et mes données pour des questions de recherche (y compris toute publication ultérieure de l données rendues anonymes dans des revues scientifiques) Oui Non

Signature: _____
(Patient ou parent/tuteur légal)

Lieu et date : _____

Medical Counsellor:

Je déclare avoir informé la personne susmentionnée des tests génétiques prévus ainsi que de leurs limites et avantages et avoir répondu à toutes ses questions.

Signature: _____
(Nom et cachet du médecin)

Lieu et date : _____