

Article 16-11 du Code Civil et articles L1131-1 et L1131-3 du Code de la Santé Publique, modifiés selon la loi de Bioéthique n°2004-800 du 06/08/2004.

Décret n°2013-527 du 20/06/2013 relatif aux conditions de mises en oeuvre de l'information de la parentèle dans le cadre d'un examen des caractéristiques génétiques à finalité médicale.

## CONSENTEMENT POUR L'EXAMEN, À FINALITÉ MÉDICALE, DES CARACTÉRISTIQUES GÉNÉTIQUES POUR LE DIAGNOSTIC DES ANOMALIES DU GLOBULE ROUGE

Je / nous soussigné(e/s) ..... né(e) le .....

personne majeure

parent(s) ou tuteur(s)/curateur(s) de ..... né(e) le .....

▶ **Reconnais(sons) avoir été informé(e/s) par le Dr. ....**

**OU** ....., **conseiller(e) en Génétique (sous la responsabilité du Dr. ....)** de la finalité, des limites et du degré de fiabilité du test génétique proposé ainsi que des conséquences familiales du résultat de cet examen.

Cette analyse se fera par des praticiens agréés dans un laboratoire agréé à cet effet. Les résultats de cette analyse me/nous seront transmis et expliqués par le médecin qui nous l'a prescrite.

J'ai bien noté que l'ADN/ARN utilisé lors de l'examen ainsi que le sang total restant seront conservés dans une biobanque pour des éventuelles expertises complémentaires guidées par l'évolution des connaissances relatives aux pathologies sus-nommées.

Mon ADN pourra également être utilisé, de façon anonyme, comme témoin par le laboratoire pour des études, recherches, mises au point relatives à la Pathologie du Globule Rouge.

Fait à .....

le .....

Signature

## ATTESTATION DE CONSULTATION DU MÉDECIN OU CONSEILLER EN GÉNÉTIQUE

Je soussigné(e), Dr. .... ou ..... conseiller(e) en

Génétique sous la responsabilité du Dr. ....

▶ **Atteste avoir apporté à la/aux personne(s) sus-nommée(s) les informations nécessaires à la compréhension de la nature et de la finalité de l'analyse**, conformément aux articles R.145-15-4 et R-145-15-5 du Code de la Santé Publique et aux conséquences familiales éventuelles de cette étude, conformément au décret n°2013-527 du 20 juin 2013.

Fait à .....

le .....

Signature et tampon du prescripteur

## INDICATION CLINIQUE / RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES

- Hémogramme (Hb, TCMH, VGM, etc) : .....
- Ferritinémie ou fer sérique : .....
- Autres : .....
- Patient(e) transfusé(e) : .....