

CONSENTEMENT EN VUE D'UN EXAMEN DES CARACTERISTIQUES GENETIQUES D'UNE PERSONNE

- > 1 COPIE à joindre au prélèvement
- > 1 COPIE à conserver dans le dossier médical

ATTESTATION DE CONSULTATION MEDICALE INDIVIDUELLE. Préalable à la réalisation des examens des caractéristiques génétiques d'une personne et de son identification par empreintes génétiques à des fins médicales.

Je soussigné _____ Docteur en Médecine, certifie avoir reçu en consultation ce jour le(la) patient(e) sous nommé(e) afin de lui apporter les informations sur les caractéristiques de la maladie recherchée, des moyens de la détecter, des possibilités de prévention et de traitement.

Fait à _____, le _____

Signature du médecin

CONSENTEMENT POUR LA REALISATION D'EXAMENS DES CARACTERISTIQUES GENETIQUES D'UNE PERSONNE

Je soussigné(e) M _____ né(e) le _____

Demeurant à: _____

Reconnais avoir été informé(e) par le Dr _____ sur les examens des caractéristiques génétiques qui seront réalisés à partir:

- de mon prélèvement sanguin
- du prélèvement sanguin réalisé chez mon enfant mineur

Dans le but:

- de confirmer ou d'infirmer le diagnostic d'une maladie génétique suivante _____
- de rechercher un état hétérozygote en vue d'un conseil génétique
- de rechercher un remaniement chromosomique

Je donne mon consentement pour ce prélèvement et je reconnais avoir reçu l'ensemble des informations permettant la compréhension de cet acte biologique et sa finalité.

Je consens/ ne consens pas, à la conservation de l'ADN extrait à partir de cet échantillon.

Fait à _____, le _____

Signature du patient



ketterthill

LABORATOIRES D'ANALYSES MÉDICALES

Tél.: 488 288-1 / Fax: 488 288-306

Siège: 37, rue Romain Fandel + B.P. 143 + L-4002 Esch-sur-Alzette + info@ketterthill.lu + www.ketterthill.lu + www.llam.lu