

CONSENTEMENT POUR LA RECHERCHE DE CARACTERISTIQUES PHARMACOGENETIQUES

LABORATOIRE D'ONCOPHARMACOLOGIE ET DE PHARMACOGENETIQUE – 15 RUE ANDRE BOQUEL 49055 ANGERS CEDEX 02 - TEL : 02-41-35-29-47

IDENTIFICATION DU PATIENT :

NOM : **DATE DE NAISSANCE :**

PRENOM : **SEXE :** F M

NOM DE NAISSANCE :

La recherche de caractéristiques génétiques est possible afin d'adapter la prise en charge médicale et ainsi permettre la personnalisation des traitements. Dans le cadre d'un traitement par des médicaments anticancéreux, il est conseillé de réaliser une analyse des gènes impliqués dans le métabolisme des médicaments, certaines caractéristiques génétiques étant susceptibles d'induire un déficit enzymatique entraînant un risque de toxicité (pharmacogénétique).

Je soussigné(e) (Nom, Prénom) né(e) le/...../.....,

OU

Je soussigné(e)(Nom, Prénom) agissant en qualité de **représentant légal de l'enfant mineur** (Nom, Prénom) né(e) le

OU

Je soussigné(e)(Nom, Prénom) agissant en qualité de **tuteur légal des biens et de la personne** de Monsieur/Madame (Nom, Prénom) né(e) le

reconnais avoir été informé par le Dr.

de la nature et de l'intérêt de l'analyse (Art. R 1131-4, décret n°2008-321 du 4 avril 2008) et j'accepte que ces analyses soient pratiquées.

Je souhaite (*) / je ne souhaite pas (*) connaître le résultat de cet examen ; **et j'autorise (*) / je n'autorise pas (*)** l'utilisation secondaire des produits dérivés et anonymisés de ce prélèvement à des fins de recherche pharmacogénétique.

(*) rayer la mention inutile.

Les résultats parviendront au médecin prescripteur, mentionné ci-dessous :

Docteur :

Adresse :

Téléphone : Fax :

Préalablement à la prescription de l'examen des caractéristiques génétiques susceptible d'identifier une anomalie génétique pouvant être responsable d'une affection grave justifiant de mesures de prévention, y compris de conseil génétique, ou de soins, votre médecin prescripteur vous a informé que vous êtes tenu, si le diagnostic de cette anomalie est confirmé, d'informer les membres de votre famille potentiellement concernés.

Vous pouvez exprimer par écrit votre volonté de ne pas informer vous-même les membres de votre parentèle, en demandant à votre médecin de porter à leur connaissance l'existence d'une information susceptible de les concerner. Ils seront alors invités à se rendre à une consultation de génétique, sans que leur soient dévoilés, ni votre identité, ni l'anomalie génétique, ni les risques associés (Arrêté du 8 décembre 2014 définissant les bonnes pratiques relatives à l'information de la parentèle dans le cadre d'un examen génétique).

Je consens au recueil, à la saisie et au traitement des données contenues dans mon dossier médical par des personnes tenues au secret professionnel. Les données qui me concernent seront strictement confidentielles.

Le droit d'accès à l'informatique prévu par la loi 2004-201 du 6 août 2004 relative à la protection des personnes physiques à l'égard des traitements à caractère personnel et modifiant la loi 78-17 du 06 janvier 1978 relative aux fichiers et aux libertés (article 40) s'exerce à tout moment. Je peux exercer mon droit d'accès aux données qui me concernent par l'intermédiaire d'un médecin de mon choix. Ce formulaire de consentement de participation est établi conformément à la loi 94-653 du 29 juillet 1994 relative au respect du corps humain (article 5).

A :

Le : / /

Signature du patient / ou du représentant légal de l'enfant mineur/ou du tuteur:

A :

Le : / /

Cachet et signature du médecin :

Fait en 3 exemplaires, un pour le patient (ou le représentant légal de l'enfant mineur ou le tuteur), un pour le laboratoire de pharmacogénétique et un pour être archivé dans le dossier patient.