

**CENTRE HOSPITALIER DE LA POLYNESIE FRANCAISE  
LABORATOIRE DE BIOLOGIE MEDICALE**

**SECRETARIAT :**

Téléphone : (689) **40.48.60.63**

Fax : (689) **40.48.63.06**

E-mail : [secretariat.laboratoire@cht.pf](mailto:secretariat.laboratoire@cht.pf)



**TECHNIQUE :**

Téléphone : (689) **40.48.59.56**

B.P.1640 – 98713 Papeete

Tahiti – Polynésie Française

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

*(Décret n°2008-321 du 4 avril 2008)*

- 1 COPIE à envoyer au Laboratoire avec le 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(e)..... Docteur en Médecine.

Conformément aux articles R1131-4 et R.1131-5 du décret 2008-321 du 04 avril 2008, 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 ..... /...../.....

<u>Signature du médecin</u>	<u>Coordonnées du Médecin Prescripteur</u>

**CONSENTEMENT POUR LA REALISATION D'EXAMENS DES CARACTERISTIQUES  
GENETIQUES D'UNE PERSONNE** Conformément aux articles 1131-4 et 1131-5 du 4 avril 2008

Je soussigné(e) M..... né(e) le ..... /...../.....

Demeurant à .....

Reconnais avoir reçu par le Dr ..... les informations sur les examens des caractéristiques génétiques qui seront réalisés afin :

- de confirmer ou d'infirmer le diagnostic d'une maladie génétique en relation avec mes symptômes ;
- de confirmer ou d'infirmer le diagnostic pré-symptomatique d'une maladie génétique ;
- d'identifier un statut de porteur sain (recherche d'hétérozygote ou d'un remaniement chromosomique)
- d'évaluer ma susceptibilité génétique à une maladie ou à un traitement médicamenteux.

Pour cela, je consens :

- au prélèvement qui sera effectué chez moi
- au prélèvement qui sera effectué chez mon enfant mineur ou une personne majeure sous tutelle
- au prélèvement qui sera effectué chez mon fœtus mort

Si une partie du prélèvement reste inutilisée après examen,

€ je consens à ce qu'il puisse être intégré, le cas échéant, à des fins de recherche scientifique.

Dans ce cas, l'ensemble des données médicales me concernant seront protégées grâce à une anonymisation totale. En conséquence, je suis conscient que ces études scientifiques effectuées ne seront sans aucun bénéfice ni préjudice pour moi.

Fait à ..... , le ..... /...../.....

Signature du patient adulte  
ou du représentant légal de l'enfant mineur  
ou du tuteur légal de l'adulte sous tutelle :