

CONSENTEMENT EN VUE D'UN EXAMEN DES CARACTERISTIQUES GENETIQUES

Tel. +49 (0) 651 99 45 34-0
Fax +49 (0) 651 99 45 34-222
contact@lr-mdl.com

LR MDL

Cher docteur, Cher patient,

Les analyses génétiques sont encadrées par la loi de bioéthique dont les dispositions légales requièrent les informations suivantes.

Merci de compléter soigneusement tous les champs ci-dessous car conformément à la législation sur l'analyse génétique humaine à laquelle le laboratoire LR MDL est assujéti, aucune analyse ne pourra être réalisée si l'ensemble de ces éléments ne complète pas la demande.

Consentement pour un examen génétique

J'ai été informé(e) par mon médecin prescripteur :

1. de l'objet, la nature, la portée et l'importance des tests génétiques, y compris des résultats possiblement produits avec les techniques de dépistage génétique utilisées dans le cadre de ces tests; cela inclut l'importance des propriétés génétiques à étudier pour une affection médicale ou un trouble de santé, ainsi que les moyens de l'éviter, de l'empêcher ou de le traiter. Le traitement technique de l'échantillon biologique permet d'obtenir des informations/données génétiques qui n'entrent pas dans le cadre de la prescription ou des indications médicales mentionnées. Elles seront donc écartées lors de la rédaction du compte-rendu. L'exploitation de ces données devra faire l'objet d'une nouvelle demande
 2. des conséquences pour la santé associées à la prise de connaissance des résultats des tests génétiques, ainsi que celles liées au recueil d'échantillons nécessaires pour les tests génétiques, en particulier chez les femmes enceintes, ainsi que les risques pour la santé associés à la génétique prénatale (l'examen médical et le prélèvement de l'échantillon génétique nécessaire pour l'embryon ou le fœtus).
 3. de l'utilisation prévue de l'échantillon génétique ainsi que des résultats des analyses,
 4. du droit de révoquer tout ou partie de mon consentement par écrit ou oralement à tout moment si je devais changer d'avis après avoir passé une commande,
 5. du droit de ne pas prendre connaissance partiellement ou entièrement des résultats des analyses, mais de les faire détruire, si je change d'avis après avoir passé la commande.
- J'ai eu un temps de réflexion raisonnable pour décider. Je suis d'accord pour fournir les échantillons nécessaires à la réalisation des tests génétiques.

Consentement pour le traitement des données

Les informations que je fournis, ainsi que tous les résultats de l'examen, sont soumis au secret médical et à la protection des données, conformément à la législation européenne. Je suis d'accord que mon médecin puisse envoyer l'échantillon à LR-MDL GmbH afin qu'il puisse y être traité administrativement et analysé.

Pour effectuer les analyses, LR-MDL GmbH recueille les données du patient (nom, prénom, date de naissance) et les traite dans son système d'information de laboratoire. Les résultats seront transmis exclusivement à mon médecin traitant et ne seront transmis à des tiers qu'avec mon consentement écrit.

Je suis d'accord pour que mes résultats soient stockés au-delà de la période statutaire de 10 ans (si non, rayer la mention).

Je suis d'accord pour que mon échantillon puisse être utilisé de manière anonyme pour l'assurance de la qualité ou à des fins de recherche (si non, rayer la mention).

Je suis d'accord pour que mon échantillon puisse être envoyé à un autre laboratoire approprié si LR-MDL GmbH en a besoin pour pouvoir effectuer l'examen en entier (si non, rayer la mention).

Je certifie avoir pris connaissance de tous les éléments indiqués dans ce formulaire de consentement et reçu une information claire et précise concernant la réalisation de tests génétiques.

Je déclare également avoir pris connaissance des questions liées à la confidentialité des mes données, au traitement de mes échantillons à analyser et au consentement pour un test génétique.

Nom du patient :

Date de naissance du patient :

Date de la signature du consentement :

Signature du patient :
ou représentant légal
par exemple les deux parents

Indication médicale

Bilan cardiologique

Détoxification

Hormonothérapie substitutive

Bien être

Autres (préciser)

Je certifie avoir apporté une information claire et précise au patient susnommé conformément à la législation nationale en vigueur sur la réalisation de tests génétiques, (ex. Article L-1131.2 du code de la santé publique en France ou Gendiagnostikgesetz en Allemagne).

Je déclare également être convaincu(e) que ma/mon patient est capable de donner son consentement, s'il/elle est mineur(e) ou sous tutelle.

Nom du médecin prescripteur :

Signature du médecin prescripteur :

