

# Consentement éclairé en vue de la réalisation d'analyses génétiques

Consentement pour la réalisation d'analyses génétiques (ADN) par le laboratoire Eugenomic®, partenaire du laboratoire MGD SA. Les analyses génétiques exigent que vous acceptiez et signez le présent formulaire de CONSENTEMENT avant de procéder au traitement de votre échantillon salivaire ou sanguin et nécessite aussi la signature de la personne qui vous l'a prescrit.

MGD assure son partenariat en conformité avec les dispositions prévues dans la réglementation suisse de la loi LAGH révisée du 4 octobre 2018 et les dispositions prévues par le Règlement Général Européen, 2016/679, du 27 avril 2016 sur la protection des données personnelles. Le laboratoire MGD vous informe que les données personnelles que vous fournissez seront traitées afin de gérer le service analytique requis en se conformant aux obligations légales découlant de l'activité d'Eugenomic® et seront inclus dans les supports liés aux enregistrements d'activité.

La légitimité du traitement de vos données repose sur l'exécution de la prestation du service de santé contracté, ainsi que sur le consentement donné par le patient.

Dans les cas où en raison de leur traitement, il est nécessaire d'intervenir auprès d'autres prestataires de soins de santé, tels que des laboratoires ou autres prestataires de services, qui nécessitent vos données pour les services de soins, vos données personnelles peuvent être transférées ou communiquées aux entités fournisseurs susmentionnées, uniquement et exclusivement aux fins décrites précédemment.

Vos droits d'accès, de rectification, de suppression, d'opposition, de limitation de traitement et de portabilité, peuvent être adressés au Laboratoire MGD, 45A route des Acacias 1227 Genève ou par mail à info@labomgd.ch .

En vertu de ce qui précède, votre signature sur ce formulaire implique votre consentement au traitement de vos données personnelles en vue de vous fournir des résultats d'analyse. Par votre consentement, nous vous informons que les résultats d'une analyse d'ADN peuvent vous fournir des données sur une variation génétique et vous révéler vos prédispositions à développer certains types de troubles/pathologies. En outre, dans certains cas, ils peuvent signaler votre réponse individuelle à l'égard de certains médicaments.

\_\_\_\_ J'autorise le transfert de mes données, dans le but susmentionné, à ma compagnie d'assurance ou à mon prescripteur, situés en dehors de l'Union européenne.

\_\_\_\_ J'autorise l'envoi d'informations sur les nouvelles et les mises à jour relatives à la médecine clinique et à la génomique.

**Vous déclarez, au moyen de cet écrit, que votre médecin ou demandeur spécialiste, vous a dûment informé des analyses prescrites ci-dessous, et qu'il a répondu à toutes vos questions ou demande d'information de manière suffisante et compréhensible. Vous consentez, à :**

- L'analyse ou l'étude demandée être réalisée à travers du laboratoire MGD et Eugenomic®.
- Que les échantillons et leurs données personnelles et / ou de santé soient envoyés aux laboratoires collaborateurs pour leur processus analytique.
- Que le laboratoire de processus, une fois l'échantillon reçu, est seul responsable des résultats, de l'échantillon, ainsi que du fichier de vos données personnelles.
- Exceptionnellement, un autre échantillon peut être requis.
- Que certains résultats peuvent ne pas être concluants.

**Et vous autorisez, à réaliser des analyses connexes:**

OUI  NON DATE \_\_\_\_\_

**(\*) Champs à remplir**

**Nom et prénom du patient/référence: (\*)** \_\_\_\_\_

**Email:** \_\_\_\_\_

**N° Carte d'identité:** \_\_\_\_\_

**Numéro de téléphone:** \_\_\_\_\_

**Date de naissance: (\*)** \_\_\_\_\_

**Sexe: (\*)**

**Femme**

**Homme**

**Adresse:** \_\_\_\_\_

**Département:** \_\_\_\_\_

**Code postal:** \_\_\_\_\_

**Langue dans laquelle vous souhaitez recevoir le rapport:**

Anglais  Français  Espagnol

**Le signataire est: (\*)**

Le patient lui-même

Le tuteur légal (pour les enfants)

**Signature du patient: (\*)**

**Signature du prescripteur : (\*)**

**L'ENVOI DE L'ÉCHANTILLON AU LABORATOIRE MGD**

- a. Le **FORMULAIRE DE DEMANDE DE GÉNÉTIQUE**, signé avec les données du patient et du médecin prescripteur et le **CONSENTEMENT INFORMÉ**.
- b. Le questionnaire de santé, si nécessaire. N'oubliez pas d'indiquer le nom du patient et l'étiquette.
- c. Appelez **LABORATOIRE MGD** au +41 22 309 15 20 pour demander le prélèvement de l'échantillon.