

# DÉCLARATION DE CONSENTEMENT POUR DES ANALYSES GÉNÉTIQUES

## Données personnelles

Nom: \_\_\_\_\_ Prénom: \_\_\_\_\_

Date de naissance: \_\_\_\_\_

Je confirme que j'ai été informé(e) des différents aspects du test génétique lors d'un conseil génétique et que j'ai eu suffisamment de temps pour poser des questions et réfléchir à ce sujet.

## Je donne mon accord pour que la ou les analyses suivantes soient effectuées:

\_\_\_\_\_  prénatal  postnatal  pré-symptomatique

Pour la **maladie** suivante: \_\_\_\_\_

À partir de l'**échantillon** suivant (par exemple, sang, liquide amniotique, tissu): \_\_\_\_\_

## Si la ou les analyses donnent des résultats qui ne sont pas liés au cadre de l'analyse (ce que l'on appelle des « découvertes fortuites »), je souhaite être informé(e) de ces résultats comme suit:

- Prédilection aux maladies dont la prévention et/ou le traitement sont connus.  OUI  NON
- Statut de porteur de maladies récessives qui pourraient se manifester dans la descendance ou chez les parents.  OUI  NON

## Conservation et utilisation du matériel d'analyse excédentaire et des résultats de l'analyse (données brutes) pour des analyses supplémentaires:

- J'accepte que le matériel d'analyse excédentaire et les données brutes soient stockés en vue d'éventuels examens de suivi (par exemple, vérification des résultats, analyses complémentaires qui pourraient être importantes pour moi et/ou pour ma famille).  
Mon consentement est requis pour les examens futurs.  OUI  NON
- J'accepte que mes échantillons et mes résultats d'analyse soient analysés sous forme anonyme à des fins d'assurance qualité.  OUI  NON

**Assurance qualité par le biais d'une discussion de cas interdisciplinaire et d'une éventuelle transmission des données des patient(e)s et des cas au laboratoire partenaire accrédité pour des analyses complémentaires:**

- J'accepte que les informations relatives à mon assurance qualité soient discutées au sein d'une commission interdisciplinaire. Tous les cas sont discutés sous forme anonyme.  OUI  NON
- J'accepte que mes données de patient(e) et les données de mon cas soient transmises à un laboratoire partenaire externe si cela est nécessaire pour l'analyse, et que les analyses correspondantes ne peuvent pas être réalisées par Hirslanden Precise.  OUI  NON

**Votre échantillon et les données collectées peuvent également être utilisés à des fins scientifiques.**

Si vous êtes d'accord en principe avec la participation à une étude scientifique (les données seront rendues anonymes), vous pouvez l'indiquer ici. Ceci est un accord de principe et votre consentement pour participer à une étude scientifique spécifique vous sera redemandé ultérieurement le cas échéant.

- J'accepte en principe que mon matériel d'analyse et les données collectées puissent être utilisés sous forme anonyme à des fins scientifiques.  OUI  NON

**Je confirme par ma signature que je souhaite que la ou les analyses de laboratoire médico-génétiques proposées soient effectuées:**

- uniquement dans le cas d'une prestation obligatoire ou si une garantie de prise en charge a été accordée  OUI  NON
- même en l'absence d'une garantie de prise en charge (je prends moi-même en charge les frais, si nécessaire)  OUI  NON

Signature: \_\_\_\_\_ Lieu et date: \_\_\_\_\_  
(Parents/représentant légal si nécessaire)

**Cette section doit être remplie par le/la médecin référent(e).**

Je confirme que j'ai informé la ou les personnes susmentionnées sur la ou les analyses génétiques susmentionnées, y compris de leurs limites, conformément à la loi fédérale sur l'analyse génétique humaine (LAGH) et que j'ai répondu aux questions qui m'ont été posées.

Nom: \_\_\_\_\_ Prénom: \_\_\_\_\_

Signature: \_\_\_\_\_ Lieu et date: \_\_\_\_\_

Cachet: