OK	LKK	BKK	IKK	VdAK	AEV	Concis

Nom, prénom de l'assuré(e)		né(e) le
N° de caisse	N° d'assuré(e)	Statut
N° de médecin conventionné	Contrat d'assurance	Date

GPRATIQUE COMMUNAUTAIRE
POUR LA GÉNÉTIQUE HUMAINE & LES LABORATOIRES DE GÉNÉTIQUE
DRS PETERS | KLEIER | PREUSSE
Conseil génétique et laboratoires de génétique humaine
au centre prénatal de Hambourg et de génétique humaine
Altonaer Straße 61-63 | A-20357 Hambourg
Tél. +49 (40) - 432 926-0 | Fax +49 (40) - 432 926-20
www.dna-diagnostik.hamburg | info@dna-diagnostik.hamburg

☐ homme ☐ femme ☐ diagnostic ☐ prédictif

Information et consentement au diagnostic génétique conformément aux § 8 et 9 de la loi sur le diagnostic génétique (GenDG)

J'ai été informé(e) en détail par mon médecin traitant de l'étendue et de la signification de l'examen mentionné ci-dessous. J'ai été informé(e) des risques potentiels pour la santé liés à la connaissance du résultat de l'examen et des risques liés au prélèvement de l'échantillon.

Examen souhaité .....

☐ chez moi ☐ chez mon enfant ☐ chez la personne dont je suis légalement responsable

J'ai été informé(e) que mon échantillon ne peut être utilisé qu'à des fins de diagnostic pour l'examen susmentionné.

J'ai compris que je serai informé(e) des résultats qui, selon les connaissances actuelles, peuvent être considérés comme la cause de ma maladie.

Je suis conscient(e) que, dans certains cas, il n'est pas possible de donner une réponse claire concernant un diagnostic génétique.

J'ai été informé(e) et j'accepte que les données recueillies lors de l'analyse soient enregistrées et exploitées dans le respect de la protection des données et du secret médical.

Je suis conscient(e) que les données éventuellement générées par le procédé d'analyse "Next Generation Sequencing" ne seront conservées que pour une durée maximale d'un an.

Je suis conscient(e) que je peux révoquer mon consentement à tout moment, par écrit ou oralement, et que j'ai le droit de ne pas connaître les résultats de mes analyses et que ceux-ci doivent être détruits à ma demande.

Je donne mon accord pour que les résultats de l'enquête soient transmis aux personnes suivantes :

mon/ma partenaire : .....

mon gynécologue (médecin) : .....

mon médecin traitant : .....

mon/mes oncologue(s) .....

autres personnes désignées : .....

L'un des examinateurs peut me contacter au numéro suivant : .....

J'accepte (aucun choix sera considéré comme NON) :

la **transmission de la demande d'analyse** à un laboratoire de coopération spécialisé, si cela est nécessaire pour l'analyse. ☐ **oui** ☐ **non**

la **conservation des résultats d'analyse** au-delà du délai prescrit de 10 ans. ☐ **oui** ☐ **non**

la **conservation de matériel d'examen** sous forme anonyme pour de nouvelles possibilités de diagnostic et pour l'assurance qualité. ☐ **oui** ☐ **non**

la **conservation de matériel d'analyse/résultats rendus anonymes** à des fins scientifiques. ☐ **oui** ☐ **non**

l'utilisation des résultats d'examen pour le conseil et l'examen de mes proches. ☐ **oui** ☐ **non**

Information sur les résultats complémentaires : en répondant à la présente question clinique, il est possible, dans de rares cas isolés, que le diagnostic génétique permette d'obtenir des informations médicales qui ne sont pas en rapport avec la question clinique susmentionnée, mais qui, en l'état actuel des connaissances (sur la base des recommandations de l'American College of Medical Genetics and Genomics, ACMG), ont une conséquence thérapeutique pour moi ou ma famille. Il n'existe aucun droit à une analyse complète de ces résultats complémentaires ou à une mise à jour future. Si aucun résultat complémentaire n'est obtenu, cela ne signifie pas que les risques correspondants sont exclus.

Je souhaite être informé(e) de ces résultats complémentaires. ☐ **oui** ☐ **non**

Remarque : Les résultats complémentaires ne sont collectés que pour les variantes détectées dans l'index. Dans le cas d'analyses familiales, les résultats d'examens de personnes non concernées servent uniquement à évaluer les variantes du patient index. Les résultats complémentaires obtenus dans le cadre d'analyses prénatales ne sont pas collectés.

Je souhaite recevoir une copie de cette fiche d'information ☐ **oui** ☐ **non**

....

Nom du patient/représentant légal (EN LETTRES CAPITALES) Nom du médecin chargé de l'information (EN LETTRES CAPITALES)

....

Lieu, date, signature du patient/représentant légal Signature du médecin-explicatif