



**ATTESTATION DE CONSULTATION ET DE CONSENTEMENT**  
en vue d'un examen des caractéristiques génétiques d'une personne

(Décret n° 2008-321 du 4 Avril 2008 – Arrêté du 7 Mai 2013)

1 exemplaire à envoyer au laboratoire avec le prélèvement

1 exemplaire à conserver dans le dossier médical

**ATTESTATION DE CONSULTATION MÉDICALE INDIVIDUELLE**

*Préalable à la réalisation des examens caractéristiques génétiques d'une personne et de son  
identification par empreintes génétiques de fins médicales*

Etude de la susceptibilité génétique à :

- Syndrome de CM AVM (malformations capillaires-malformations artério-veineuses)
- Syndrome de Parkes-Weber
- Lymphœdème primaire
- Autres pathologies (précision obligatoire) : .....

Je soussigné(e) ....., Docteur en médecine,  
conformément aux articles R. 1131 - 4 et R. 1131- 5 du Code de la Santé Publique, certifie avoir reçu  
en consultation ce jour le (ou la) patient(e) nommé(e) ci-dessous afin de lui apporter les informations  
sur les caractéristiques de la maladie recherchée, les moyens de la détecter, les possibilités de  
prévention et de traitement.

Fait à .....le ..../...../.....

Signature et Tampon du médecin

**IDENTIFICATION du PATIENT** (étiquette  
ou nom, prénom et date de naissance)



**CONSENTEMENT POUR LA RÉALISATION D'EXAMENS DES CARACTÉRISTIQUES GÉNÉTIQUES  
D'UNE PERSONNE**

Conformément aux articles des examens R. 1131 – 4 et R. 1131 – 5 du Code de la Santé Publique et à  
l'article 16 – 10 du Code Civil

**Identification du patient**

Nom Marital : .....

Nom de naissance : .....

Prénom : .....

Né(e) : .....

Je soussigné(e) Mme /M....., né(e) le : .....

- Patient concerné par l'examen,  Personne de confiance
- Titulaire de l'autorité parentale de l'enfant mineur,
- Représentant légal du majeur sous-tutelle,
- Autre (préciser).....

- Reconnais avoir du médecin prescripteur l'ensemble des informations nécessaires sur les examens des caractéristiques génétiques qui seront réalisés afin d'évaluer la susceptibilité génétique à la maladie/au traitement médicamenteux sus-cité (e).

- Consens au prélèvement qui sera effectué sur moi ou sur la patient ci-dessous identifié et à la réalisation des examens génétiques associés (ceux-ci étant réalisés dans un laboratoire autorisé par des praticiens agréés).

- Suis informé(e) que les résultats de l'examen des caractéristiques génétiques seront transmis et expliqués par le médecin prescripteur dans le cadre d'une consultation individuelle.

- Suis informé(e) que si une partie du prélèvement reste inutilisée après examen, elle pourra être utilisée, le cas échéant, à des fins de recherche scientifique. Dans ce cas, l'ensemble des données médicales me concernant/concernant le patient, seront protégées grâce à une anonymisation totale. En conséquence, ces études scientifiques seront sans bénéfice ni préjudice pour moi ou pour le patient.

En cas d'opposition à cette démarche, merci de cocher case ci suivante

Fait à .....le ...../...../.....

Signature du patient ou de son  
représentant légal ci-dessus mentionné

**IDENTIFICATION du PATIENT** (étiquette  
ou nom, prénom et date de naissance)