



Dr Mohammed Youssef SEMLALI : Pharmacien Biologiste Diplômé de la Faculté de Strasbourg d'Études Spéciales de Biochimie, Hématologie et Immunologie. Ancien Attaché au service de Bactériologie, Virologie à l'Hôpital Militaire Mohammed V de Rabat | DU médecine et biologie de la reproduction.



CONSENTEMENT EN VUE D'UN EXAMEN DES CARACTERISTIQUES GENETIQUES D'UNE PERSONNE

- 1 COPIE à envoyer au Laboratoire avec le prélèvement
- 1 COPIE à conserver dans le dossier médical

ATTESTATION DE CONSULTATION MEDICALE INDIVIDUELLE Préalable à la réalisation des examens des caractéristiques génétiques d'une personne et de son identification par empreintes génétiques à des fins médicales

Je soussigné.....Docteur en Médecine,

Certifie avoir reçu en consultation ce jour le (la) patient(e) sous-nommé(e) afin de lui apporter les informations sur les caractéristiques de la maladie recherchée, des moyens de la détecter, des possibilités de prévention et de traitement.

Fait à , le

Signature du médecin	Coordonnées du Médecin Prescripteur

CONSENTEMENT POUR LA REALISATION D'EXAMENS DES CARACTERISTIQUES GENETIQUES D'UNE PERSONNE

Conformément aux articles 1131-4 et 1131-5 du 4 avril 2008

Je soussigné(e) Mme / Mr.....né (e) le

Demeurant à :

Reconnais avoir reçu par le Dr les informations sur les examens des caractéristiques génétiques qui seront réalisés afin :

- ✓ de confirmer ou d'infirmer le diagnostic d'une maladie génétique en relation avec mes symptômes ;
- ✓ de confirmer ou d'infirmer le diagnostic pré-symptomatique d'une maladie génétique ;
- ✓ d'identifier un statut de porteur sain (recherche d'hétérozygote ou d'un remaniement chromosomique)
- ✓ d'évaluer ma susceptibilité génétique à une maladie ou à un traitement médicamenteux.

Pour cela, je consens :

- ☐ au prélèvement qui sera effectué chez moi
- ☐ au prélèvement qui sera effectué chez mon enfant mineur ou une personne majeure sous tutelle
- ☐ au prélèvement qui sera effectué chez mon fœtus mort

Si une partie du prélèvement reste inutilisée après examen,

- ☐ je consens à ce qu'il puisse être intégré, le cas échéant, à des fins de recherche scientifique.

Dans ce cas, l'ensemble des données médicales me concernant seront protégées grâce à une anonymisation totale. En conséquence, je suis conscient que ces études scientifiques effectuées ne seront sans aucun bénéfice ni préjudice pour moi.

Fait à , le

Signature du patient adulte
ou du représentant légal de l'enfant mineur ou
du tuteur légal de l'adulte sous tutelle :