



3. **Examen clinique**

- Cardiologique : .....
- Atteinte des phanères : .....
- Autres : .....

4. **Examens paracliniques** (indiquer la date de l'examen et les principaux résultats)

- ECG : .....
- ECG HA : .....
- Test de provocation : .....
- Epreuve d'effort : .....
- Echographie cardiaque : .....
- Scintigraphie : .....
- IRM : .....
- Angiographie : .....
- Autres : .....

5. **Prise en charge**

- Traitement médical : .....
- Défibrillateur :
  - date de mise en place : .....
  - événements depuis la mise en place : .....
- Transplantation cardiaque : oui  non  date : .....

6. **Analyse Génétique déjà réalisées ou en cours**

- Gène(s) analysé(s) : .....
- Résultat(s) : .....

## ATTESTATION DE CONSULTATION MEDICALE

Je soussigné(e) Docteur ..... certifie avoir apporté  
à Madame, Mademoiselle, Monsieur .....  
les informations sur les caractéristiques, les moyens de détection, les  
possibilités de traitement et de prévention concernant la pathologie :  
.....et avoir recueilli son consentement dans les conditions  
prévues à l'article R145-15-4 et R145-15-5 du code de la santé  
publique.

Fait à .....  
le .....

signature du médecin prescripteur :

**CONSENTEMENT CONCERNANT UNE ETUDE DE GENETIQUE MOLECULAIRE  
DANS UN BUT DIAGNOSTIC**

Je soussigné ....., après avoir reçu les informations nécessaires du Dr ..... sur la maladie ..... accepte que soit réalisée sur ma personne / sur mon enfant (1) une recherche par génétique moléculaire. Cette étude sera réalisée dans un but diagnostique.

Je souhaite / je ne souhaite pas (1) connaître les éventuels résultats le jour où cette étude aboutira.

Je consens / je ne consens pas (1) au recueil, à la saisie et au traitement des données contenues dans mon dossier médical par des personnes tenues au secret professionnel. Les données qui me concernant resteront strictement confidentielles. Je n'en autorise la consultation qu'aux personnes qui collaborent à l'analyse. Je pourrai à tout moment demander à être retiré de l'analyse sans aucune conséquence . Les données concernant mon dossier devront être détruites.

Conformément à la loi informatique et liberté, je peux exercer mon droit d'accès aux données qui me concernent par l'intermédiaire d'un médecin de mon choix.

A :

Le :

Signature :

(1) rayer la mention inutile.