

LOUIS MOURIER

FACULTE DE MEDECINE DENIS DIDEROT - PARIS 7



CHU LOUIS-MOURIER

178, rue des Renouillers
92701 COLOMBES CEDEX
FRANCE

Standard : 01 47 60 61 62

N° FINES : 920100047

**SERVICE DE BIOCHIMIE ET
DE GENETIQUE MOLECULAIRE**
Centre Français des Porphyrries
INSERM U 1149

PU-PH - Chef de service
Pr. J-C. DEYBACH
Tél : 01 47 60 63 34
jean-charles.deybach@lmr.aphp.fr

Secrétariat :
Tél : 01 47 60 63 34
Fax : 01 47 60 67 03

PU-PH
- Pr L. GOUYA
Tél : 01 47 60 63 34
laurent.gouya@inserm.fr

- Pr. H. PUY
Tél : 01 47 60 63 34
herve.puy@bch.aphp.fr

MCU-PH
- Dr. C. SCHMITT
Tél : 01 47 60 63 33
caroline.schmitt@lmr.aphp.fr

PH
- Dr J. LAMORIL
Tél : 01 40 25 85 51
jerome.lamoril@bch.aphp.fr
- Dr N. TALBI
Tél : 01 47 60 65 74
neila.talbi@lmr.aphp.fr

CONSENTEMENT POUR UNE ETUDE GENETIQUE

Je soussigné(e) :

Né(e) le : à

Demeurant à

.....

.....

Demande au Docteur

Que soit effectué chez moi

ou mon enfant mineur :

Né(e) le : à

Un prélèvement de sang afin de faire une étude génétique. Celle-ci peut aider au diagnostic ou à la prévention de la maladie dont je souffre ou que présente(nt) un (ou plusieurs) membre(s) de ma famille.

Il m'a été précisé que :

- Cette étude peut s'étendre sur plusieurs mois. Le prélèvement de sang peut être conservé le temps nécessaire dans une banque d'ADN.
- Le résultat de l'examen me sera rendu et expliqué par le médecin qui me l'a prescrit.

Je donne mon consentement pour ce prélèvement conformément aux articles R162-16-7 et 145-15-4.

J'accepte que les échantillons biologiques soient conservés et utilisés à des fins de recherche biomédicale, uniquement dans le cadre de la maladie dont je souffre ou que présente(nt) un (ou plusieurs) membre(s) de ma famille, sans limitation de temps et j'accepte que mes données cliniques et génétiques puissent être utilisées dans le respect du plus strict anonymat et exclusivement dans le cadre d'articles scientifiques ou de base de données scientifiques.

Fait le / /

Signature de l'intéressé(e)

ATTESTATION DE CONSEIL GENETIQUE

Je soussigné Docteur

Atteste avoir effectué une consultation médicale de conseil génétique en application de l'article R162-12-7 du décret 956559 du 6 Mai 1995.

Fait le / /

Signature du médecin prescripteur