**CONSENTEMENT ECLAIRE POUR UNE ETUDE GENETIQUE
(Décret n°2008-321 du 4 avril 2008)**

Je soussigné(e), NOM.....PRENOM..... Date de naissance.....

(ayant autorité parentale sur l'enfant mineur, les deux parents doivent signer)

NOM.....PRENOM.....Date de naissance.....

Reconnais avoir été informé(e) par le Docteurdes caractéristiques des examens génétiques qui seront réalisés à partir :

- Du prélèvement qui m'a été effectué
- Du prélèvement qui a été effectué sur mon enfant mineur

Pour analyse de prédisposition génétique à la maladie suivante :

Je donne mon consentement pour ce prélèvement et je reconnais avoir reçu les informations (conformément aux articles R.1131-4 du 4 avril 2008 du code de la santé publique) me permettant de comprendre l'intérêt de ce prélèvement et sa finalité.

J'ai compris que cette étude peut entrer dans le cadre d'une étude familiale.

J'accepte que sur ce prélèvement puissent être fait d'autres tests, ultérieurement et en fonction du progrès des connaissances sur les causes génétiques de ma maladie familiale. A tout moment je pourrai demander la destruction de mes prélèvements conservés au laboratoire.

J'ai bien compris que le résultat de cet examen est confidentiel et me sera remis par le médecin prescripteur à moi seul(e) et que je suis libre de refuser qu'il me soit communiqué.

J'autorise le recueil, la saisie et le traitement informatique des données médicales nécessaires à cet examen (loi 78-17 du 6 janvier 1978 dite « loi informatique et libertés »).

Fait à, le Signature.....

ATTESTATION

Je certifie Dr..... Inscrit au conseil de l'ordre avoir informé le (ou la) patiente sus nommé(e) sur les caractéristiques de la maladie recherchée, les moyens de la détecter, du degré de fiabilité des analyses, des possibilités de prévention et de traitement, des modalités de transmission génétique de la maladie recherchée et de leurs possibles conséquences chez d'autres membres de sa famille, et avoir recueilli le consentement du (ou de la) patient(e) dans les conditions de l'article n°R.1131-4.	Signature et cachet
--	---------------------

RAPPEL CONCERNANT LA LEGISLATION

(Conformément au décret n°2008-321 du 4 avril 2008 fixant les conditions de prescription et de réalisation des examens des caractéristiques génétiques d'une personne)

Le **médecin prescripteur** doit conserver le consentement écrit, les doubles de la prescription et de l'attestation, et les comptes-rendus d'analyses de biologie médicale commentés et signés (Art.R 1131-20).

Le **laboratoire agréé** réalisant les examens doit :

Disposer de la prescription et de l'attestation du prescripteur (Art R.1131-20).

Adresser les comptes-rendus d'analyse commentés et signés par un praticien agréé conformément à l'Art. R.1131-6 EXCLUSIVEMENT AU MEDECIN PRESCRIPTEUR qui communiquera les résultats de l'examen des caractéristiques génétiques à la personne concernée dans le cadre d'une consultation individuelle (Art.R.1131-19)

Pr. Alain Enjalbert
Dr. Anne Burlier
Dr. Christophe Buffat
Dr. Jean-Louis Bergè-Lefranc
Dr. Victoria Gérolami-Colombani
Dr. Alain Margotat
Dr. Laurence Mercier-Héron
Dr. Richard Planells
Dr. Alexandru Saveanu

LABORATOIRE DE BIOLOGIE MOLECULAIRE
Chef de Service : Professeur Alain ENJALBERT

Prescription dans le cadre de
Oncogénétique constitutionnelle
Des Tumeurs Endocrines

Tèl.secrétariat : 04.91.38.39.18
Tèl. Laboratoire : 04.91.38.13.42
Fax : 04.91.38.30.81

◆ **Gènes :** **RET** (Néoplasie Endocrinienne Multiple de type 2)

MEN1 (Néoplasie Endocrinienne Multiple de type 1)

AIP (adénome hypophysaire familial)

VHL (Von Hippel Lindau)

SDHB, SDHD (phéochromocytome, paragangliome)

◆ **Etat civil du patient**

Nom marital :

Nom JF :

Prénom :

Date de Naissance :

Cas index
 Sujet génétiquement à risque
(dans le cadre d'une enquête familiale)*

◆ **Renseignements Cliniques** (OBLIGATOIRE y compris pour une 2^{ème} demande)

◆ **Enquête familiale** (joindre l'arbre généalogique)

Si famille connue, mutation familiale identifiée : **Gène :**

Mutation :

◆ **Détermination :**

Initiale

Confirmation

Si confirmation, résultat de la 1^{er} détermination mutation présente

mutation absente

◆ **Médecin prescripteur et adresse**(OBLIGATOIRE et lisible)

Signature et tampon

Le consentement éclairé est obligatoire (Décret n°2000-570 DU 23 juin 2000). Le consentement éclairé et/ou le rapide à température ambiante sous 3 jours : 2 tubes de sang sur EDTA à adresser : Dr Anne Barlier (anne.barlier@aphm.fr), Laboratoire de Biologie Moléculaire, Hôpital de la Conception, 147 BD Baille, 13385 Marseille cedex 05, **Analyse non facturées car effectuée dans le cadre du réseau onco-génétique.**

* : la prescription ne peut être faite que par un médecin appartenant à une équipe multidisciplinaire agréé (arrêté du 2 mai 2001, JO N° 110 du 12 mai 2001 page 7547)