



ATTESTATION DE CONSULTATION ET CONSENTEMENT D'UNE PERSONNE EN VUE D'EXAMENS DES CARACTÉRISTIQUES GÉNÉTIQUES D'UNE PERSONNE

2 Exemplaires : ♦ 1 copie à envoyer au laboratoire avec le prélèvement ♦ 1 copie à conserver dans le dossier médical

ATTESTATION DE CONSULTATION MÉDICALE INDIVIDUELLE ^{NB1}

^{NB1} 1 formulaire à remplir par adulte

Je soussigné(e) Dr _____ certifie avoir reçu ce jour ☐ l'enfant nommé ci-dessous, ☐ sa mère, ☐ son père, représentant(s) légal(aux) et les avoir informés sur les caractéristiques d'une incompatibilité plaquettaire fœto-maternelle, les moyens de la détecter, le degré de fiabilité des examens, les possibilités de prévention et de traitement, les modalités de transmission génétique et leurs possibles conséquences chez d'autres membres de la famille et avoir recueilli le consentement du/des parent(s) présent(s) dans les conditions de l'article R.1131-4 du code de la Santé Publique et de l'arrêté du 27 Mai 2013.

Signature et tampon du médecin

Fait à _____ Le ____ / ____ / ____

CONSENTEMENT POUR LA RÉALISATION D'UN TYPAGE PLAQUETTAIRE (HPA) PAR TECHNIQUE DE BIOLOGIE MOLÉCULAIRE

Identité de l'enfant : Nom de naissance : _____
Prénom : _____
Date de naissance : ____ / ____ / ____

Je soussigné(e) Mr/Mme _____ ^{NB2}, né(e) le _____, demeurant à _____, ☐ mère / ☐ père de l'enfant, reconnais avoir reçu du médecin prescripteur, l'ensemble des informations nécessaires sur les examens des caractéristiques génétiques (typages HPA) qui seront réalisés afin d'évaluer l'incompatibilité fœto-maternelle pour les systèmes plaquettaires.

^{NB2} Nom de naissance (Nom d'usage), Prénom

- Pour cela, je consens au prélèvement qui sera effectué chez moi et sur mon enfant mineur et à la réalisation des examens génétiques associés (ceux-ci étant réalisés dans un laboratoire autorisé par des praticiens agréés).

- Je suis informé(e) que les résultats des examens des caractéristiques génétiques seront transmis et expliqués par le médecin prescripteur dans le cadre d'une consultation individuelle.

- J'ai compris que si une caractéristique génétique pouvant être responsable d'une prédisposition à une thrombopénie néonatale était mise en évidence, je devrais permettre la transmission de cette information au reste de ma famille. J'ai été averti(e) que mon silence pouvait leur faire courir des risques ainsi qu'à leur descendance, dès lors que des mesures de prévention, y compris de conseil génétique ou de soins, peuvent être proposées. Ainsi, lors du rendu des résultats, je devrai choisir entre :

- ☐ Assurer moi-même cette diffusion d'information génétique aux membres de ma famille
- ☐ Autoriser le médecin prescripteur à cette diffusion d'information génétique aux membres de ma famille

☐ Si une partie du prélèvement reste inutilisé après examen, je consens à ce qu'il puisse être utilisé, le cas échéant, à des fins de recherche scientifique, impliquant l'examen des caractéristiques génétiques. 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.

Signature de la mère/du père

Fait à _____ Le ____ / ____ / ____