

	<b>FICHE D'ENREGISTREMENT</b>	<b>PRA-FE-HLA-338</b>
<b>POLE DE BIOLOGIE PATHOLOGIE GENETIQUE</b>	<b>Consentement HLA maladie</b>	<b>V : 1</b>
<i>INSTITUT D'IMMUNOLOGIE Immunologie - HLA Transplantation UF 9874</i>		<b>Applicable au : 05/09/2022</b>
		<b>Page 1 sur 1</b>

**Consentent en vue d'un examen des caractéristiques génétiques à des fins médicales**

IDENTIFICATION DU PATIENT	IDENTITE DU REPRESENTANT LEGAL
NOM : .....	<input type="checkbox"/> Titulaire de l'autorité parentale <input type="checkbox"/> Tuteur
Prénom : .....	NOM : .....
Nom de naissance : .....	Prénom : .....
Date de naissance : .....	Date de naissance : .....

Je soussigné(e), Mme, M. .... déclare avoir bénéficié d'une consultation auprès du Dr ..... et avoir été informé(e) de la nature des examens des caractéristiques génétiques qui seront réalisés :

chez moi-même /  chez mon enfant mineur ou la personne dont je suis tuteur : .....

Examen(s) génétique(s) demandé(s) :
<input type="checkbox"/> HLA-A*29 : susceptibilité à la choriorétinopathie de type birdshot
<input type="checkbox"/> HLA-B*27 : susceptibilité à : uvéite, spondylarthropathie, rhumatisme psoriasique
<input type="checkbox"/> HLA-B*51 : susceptibilité à la maladie de Behçet
<input type="checkbox"/> HLA-B*57:01 : hypersensibilité à l'abacavir
<input type="checkbox"/> HLA-DQ2 et DQ8 : susceptibilité à la maladie coeliaque
<input type="checkbox"/> HLA-DQB1*06:02 : susceptibilité à la narcolepsie-cataplexie
<input type="checkbox"/> Typage HLA de classe II : susceptibilité au diabète de type I
<input type="checkbox"/> Autre, précisez : .....

**Je reconnais** avoir reçu l'ensemble des informations me permettant la compréhension des conditions de réalisation, des limites et de la finalité de cet acte biologique et des conséquences des résultats pour moi-même, mon enfant mineur ou la personne dont je suis tuteur et éventuellement la famille.

**Je donne mon consentement** pour la réalisation de ces analyses mais à tout moment, je peux demander que l'étude génétique soit interrompue ou que les résultats ne me soient pas communiqués.

**J'autorise** le recueil, la saisie et le traitement informatique des données médicales nécessaires à cet examen.

**Le résultat est confidentiel.** Il me sera rendu et expliqué en consultation par le médecin qui l'a prescrit.

Fait à ..... le .....

<b><u>SIGNATURE du patient ou de son représentant légal :</u></b>

**ATTESTATION DE CONSULTATION MÉDICALE INDIVIDUELLE**

Nom, prénom du médecin prescripteur : ..... ..... certifie avoir informé le patient sus nommé sur les caractéristiques de la maladie recherchée, les moyens de la détecter, les possibilités de prévention et de traitement, et avoir recueilli le consentement du patient dans les conditions du code de la santé publique (article n°R1131-4 et 5).	<b><u>Signature du médecin et cachet :</u></b>  
---	--

**Rappel concernant la législation** 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. Le laboratoire agréé réalisant les examens doit disposer de la prescription et de l'attestation du prescripteur, adresser le compte rendu d'analyse de biologie médicale commenté et signé par un praticien responsable agréé, exclusivement au médecin prescripteur des examens génétiques.  
 Loi n°2011-814 du 07/07/11 relative à la bioéthique ; décret 2013-527 du 20/06/13 relatif aux conditions de mise en œuvre de l'information de la parentèle dans le cadre d'un examen des caractéristiques génétiques à des fins médicales ; loi 78-17 du 06/01/78 relative à l'informatique et aux libertés. Arrêté du 27/05/13 définissant les règles de bonnes pratiques applicables à l'examen des caractéristiques génétiques d'une personne à des fins médicales.