

HÔPITAL BICÊTRE
SERVICE DE GÉNÉTIQUE MOLÉCULAIRE,
PHARMACOGÉNÉTIQUE ET HORMONOLOGIE

ATTESTATION DE RECUEIL DE CONSENTEMENT

Je soussigné(e) : Dr.....
Hôpital :
Service :
Adresse :
.....

Atteste que Mr, Mme, Melle
a signé un formulaire de consentement libre et éclairé, dans le cadre du Décret du
23 Juin 2000 autorisant un prélèvement à visée d'analyse génétique dans le cadre :

du diagnostic d'une maladie génétique connue :
.....

d'une conservation en banque d'ADN pour recherche en génétique.

Ce formulaire est classé dans le dossier médical de l'intéressé.

Fait à Le

Signature du Médecin :