

Identité/coordonnées du clinicien prescripteur :

Consentement éclairé d'un sujet MINEUR pour la réalisation d'une étude génétique, et/ou la mise en banque de matériel génétique (ADN, ARN), et/ou l'établissement, la conservation et l'étude de lignées et de dérivés cellulaires

Nous, soussignés Mme et / ou M.

résidant à.....

père et/ou mère ou représentant légal de né(e) le

acceptons que soit réalisé chez notre enfant un prélèvement en vue d'une étude génétique. Ce prélèvement pourra être utile pour le diagnostic et/ou le traitement de la maladie chez notre enfant ou d'autres membres de la famille, d'après les recommandations du(des) Dr(s).....

Nous autorisons le prélèvement

Nous n'autorisons pas le prélèvement

(rayer la mention inutile)

La connaissance de ses origines géographiques peut être utile pour l'orientation et l'interprétation de cette étude génétique.

Cette étude sera réalisée à partir de l'ADN (et/ou ARN) extrait directement à partir du prélèvement et/ou d'une culture cellulaire et/ou d'une lignée cellulaire établie(s) à partir du prélèvement. Les lignées lymphoblastoïdes seront établies et conservées au sein de la Banque de cellules (Hôpital Cochin, Paris, France). L'ADN/ARN et les dérivés cellulaires seront conservés au sein de l'U.F. de Génétique clinique et moléculaire (Hôpital Armand-Trousseau, Paris, France).

Dans certains cas, les études génétiques peuvent s'étendre sur plusieurs années. A tout moment, nous pouvons demander à ce que l'ADN et/ou l'ARN et/ou les dérivés cellulaires nous soient restitués ou soient détruits. Conformément à la loi Informatique et Libertés, nous pouvons exercer notre droit d'accès aux données qui concernent notre enfant par l'intermédiaire d'un médecin de notre choix.

Nous déclarons avoir reçu les informations nécessaires nous permettant de comprendre la nature des études génétiques qui seront engagées ainsi que les conséquences potentielles de leurs résultats pour notre enfant et/ou nous-mêmes et/ou d'autres membres de la famille.

Les résultats seront uniquement communiqués au(x) Docteur(s).....

Nous souhaitons être informés de ces résultats

Nous ne souhaitons pas en être informés

(rayer la mention inutile)

Certaines analyses peuvent révéler un risque pour des affections autres que celles étudiées. Nous en serons informés uniquement si ces données comportent un bénéfice direct en l'état actuel des connaissances, c'est-à-dire si elles apportent une possibilité de prévention et/ou de traitement pour notre enfant et/ou d'autre membres de la famille. Nous comprenons les enjeux éventuels de ces informations imprévues.

Nous consentons au recueil, à l'analyse et au traitement des données contenues dans le dossier médical de notre enfant par des personnes soumises au secret professionnel. Les données le concernant seront tenues confidentielles. Nous n'autorisons pas la consultation de ces données par d'autres personnes que celles collaborant à cette étude. Nous pouvons exercer notre droit d'accès aux données me concernant par l'intermédiaire d'un clinicien de notre choix.

L'utilisation de l'(du) ADN/ARN/dérivé cellulaire dans un objectif différent de celui de l'étude à laquelle nous consentons aujourd'hui, nécessitera un nouveau consentement de notre part.

Fait à :

Le :

Signature du clinicien prescripteur :

Signature(s) de l'(des) intéressé(s) :