

CONSENTEMENT GÉNÉTIQUE CONCERNANT UN DIAGNOSTIC BIOLOGIQUE RÉALISÉ PAR GÉNÉTIQUE MOLÉCULAIRE

Je soussigné _____

Après avoir reçu les informations nécessaires du

Docteur _____.

Sur la nature et l'intérêt de l'examen de détection d'allèles HLA :

B*5701 B*27 Autres allèles :

Accepte que soit pratiqué une recherche par génétique moléculaire.

Cette étude sera réalisée dans un but diagnostique et,

Je souhaite (*) Je ne souhaite pas (*)

Connaître le résultat de cet examen. Les résultats parviendront au médecin prescripteur, mais également (à ma demande) au Docteur :

Je consens au recueil, à la saisie et au traitement des données contenues dans mon dossier médical par des personnes tenues au secret professionnel. Les données qui me concernent resteront strictement confidentielles. Conformément à la Loi Informatique et Libertés, je peux exercer mon droit d'accès aux données qui me concernent par l'intermédiaire d'un médecin de mon choix.

Fait à : _____

Le : _____

Signature :

(*) Rayer la mention inutile