

Centre Hospitalier Universitaire du Sart Tilman

Avenue de l'hôpital, 1
4000 Liège
Belgique

Unité de Génétique Humaine

Service de Cytogénétique Constitutionnelle – Téléphone : 04 366 25 61

Chef de Service : Professeur V. BOURS

Docteur M. JAMAR – Docteur F.-G. DEBRAY – Docteur S. GAILLEZ –

Docteur G. PIERQUIN – Docteur A. VERLOES

**CONSENTEMENT EN VUE D'UN EXAMEN A FINALITE MEDICALE DES
CARACTERISTIQUES GENETIQUES CHEZ UNE PERSONNE MINEURE**

Analyse cytogénétique

Analyse moléculaire

Nous soussignés, Melle, Mme, M.

demeurant à.....

père, mère, tuteur* de l'enfant.....

reconnaissons avoir été informés par le Docteur.....

sur la nature et la finalité des examens génétiques qui seront réalisés sur l'ADN extrait à partir du sang et/ou de la salive et/ou de la peau qui va être prélevé(e) sur mon enfant.

Cette analyse concerne le diagnostic génétique de

Elle se fera par des praticiens agréés dans un laboratoire agréé à cet effet.

J'autorise la conservation d'ADN, de lymphocytes ou de fibroblastes à des fins médicales diagnostiques

dans une biothèque et je demande que le Docteur.....et lui seul assure la responsabilité de l'utilisation actuelle et future de cet échantillon. Aucune utilisation de cet échantillon ne pourra être effectuée sans son autorisation écrite et signée.

Cette analyse peut révéler d'autres affections que celle recherchée chez notre enfant. Nous en serons informés seulement si elles comportent un bénéfice potentiel, en l'état actuel de nos connaissances ; c'est-à dire si elles apportent une possibilité de prévention et/ou de traitement pour notre enfant ou notre famille.

On nous a expliqué et nous avons compris les enjeux éventuels de ces informations imprévues.

On nous a également expliqué qu'une telle analyse n'est interprétable de façon optimale que si le laboratoire dispose de prélèvements des deux parents.

Je donne mon consentement pour ce prélèvement et je garde la liberté de demander à tout moment la destruction du matériel biologique conservé.

Fait à le

Signature des parents ou du titulaire de l'autorité parentale **Père** **Mère**

ATTESTATION DE CONSULTATION DE GENETIQUE

Je soussigné DR/Pratteste avoir apporté les informations nécessaires à la compréhension de la nature et de la finalité de l'analyse

pour l'enfant.....