



ATTESTATION DE CONSULTATION

Je soussigné(e) Docteur.....Hôpital.....Tel.....
 certifie avoir reçu ce jour en consultation Monsieur/Madame/l'enfant (*raier les mentions inutiles*) :

.....
 avoir apporté les informations et avoir recueilli le consentement éclairé ci-dessous dans les conditions prévues
 par les articles de loi L 1131-1, R 1131-4 et R1131-5.

Fait à :

Le :

Signature et cachet du médecin :

Je soussigné(e)

Nom, Prénom*.....

Nom de naissance

patient majeur / parents de l'enfant (tuteurs légaux) :.....

responsable de M. ou Mme.....

après avoir reçu les informations nécessaires sur la prédisposition génétique à la maladie thromboembolique auprès
 du Dr.....

J'accepte que soit réalisé sur ma personne / mon enfant / la personne susnommée (*raier les mentions inutiles*), un
 prélèvement sanguin pour l'étude du plasma et de l'ADN dans un but de dépistage d'une prédisposition génétique
 aux thromboses. **OUI** **NON**

Le Dr.....m'a expliqué la nature des analyses qui seront effectuées sur le plasma et l'ADN.
 Des échantillons de sang pourront être stockés dans des congélateurs. Au cas où ils ne seraient pas utilisés en
 totalité pour établir le diagnostic, les échantillons restants seront conservés en banque, sauf opposition de ma part.

J'autorise la conservation et l'utilisation à des fins de recherche sur la Maladie thrombo-embolique :

- D'échantillons de plasma **OUI** **NON**
- D'échantillons d'ADN **OUI** **NON**

J'ai compris que ma parentèle devait être informée d'éventuelles particularités génétiques retrouvées.

Je consens au recueil, à la saisie et au traitement des données contenues dans le dossier médical (le mien ou celui de
 mon enfant ou de la personne dont je suis responsable) par des personnes tenues au secret professionnel. Les
 données resteront strictement confidentielles. Je pourrai à tout moment demander l'arrêt de l'analyse et retirer mon
 consentement. A cette fin les données concernant le dossier devront être détruites. J'ai pris bonne note que les
 résultats me seront transmis par le médecin qui a signé l'attestation de consultation.

Fait àLe :.....

Signature :

***Nom, Prénom, Signature des 2 parents si enfant mineur ou majeur sous tutelle**