

Consentement éclairé en vue des analyses génétiques

Données du/de la patient(e)

Nom:

Prénom:

Date de naissance:

Je confirme avoir bénéficié d'une consultation de conseil génétique et avoir disposé de suffisamment de temps pour poser des questions et réfléchir à ma décision. Mon médecin m'a informé(e) que cette consultation a été réalisée conformément à la Loi fédérale sur les analyses génétiques humaines (GUMG). En signant, je consens à l'analyse génétique.

Informations cliniques:

Analyse génétique:

prénatal

postnatal

pré-symptomatique

Je souhaite passer l'examen

même si elle ne constitue pas une prestation obligatoire et/ou si aucune prise en charge des frais n'a été accordée.

Oui

Non

Je m'engage à prendre personnellement en charge les frais, pour un montant de CHF

Je consens à la conservation du matériel biologique prélevé

en vue d'éventuelles analyses complémentaires

Oui

Non

à des fins de contrôle de qualité, sous forme anonyme

Oui

Non

à des fins de recherche, sous forme anonyme

Oui

Non

Je souhaite être informé(e)

des résultats des analyses en lien avec ma demande

Oui

Non

de résultats inattendus présentant une pertinence clinique, non liés à la demande initiale

Oui

Non

lorsque des mesures préventives ou thérapeutiques sont connues

Oui

Non

lorsqu'aucune thérapie n'est actuellement connue

Oui

Non

de résultats inattendus indiquant un statut de porteur/porteuse sain(e) d'une maladie récessive, susceptible de se manifester chez les descendants ou les membres de la famille

Oui

Non

Lieu et date:

Signature du/de la patient(e)

Signature et timbre du/de
la médecin