

**CONSENTEMENT ECLAIRE POUR UNE ETUDE GENETIQUE
A DES FINS MEDICALES**

Je soussigné(e), Monsieur, Madame

Agissant pour moi-même ou en qualité de

Pour la personne dénommée, né(e) le à

Atteste avoir eu un entretien avec le Professeur/Docteur

exerçant dans le service de

à l'hôpital préciser la ville :

pour être informé(e), en vertu des termes du **décret du 23 juin 2000 et de l'arrêté complémentaire du 2 mai 2001 sur les conditions d'application pratique des tests prédictifs en génétique moléculaire**, sur mon état de santé ou celui de

Et sur les motifs qui ont conduit l'équipe médicale de ce service à prescrire une analyse génétique sur le **gène BTNL2 et les gènes associés aux voies de signalisation de l'activation des lymphocytes**

pour le diagnostic/ la maladie désigné(e)

Je reconnais avoir eu une information claire et complète sur cette recherche génétique, la possibilité de poser toute question complémentaire et avoir obtenu les réponses adéquates.

Après avoir eu connaissance de l'ensemble de ces informations et n'étant pas dans une situation d'urgence ou de danger immédiat, **j'ai donc pu, en toute connaissance, donner mon consentement éclairé à la réalisation de cette recherche génétique.**

Fait à
Le

Nom / Prénom / signature du patient
↓

Signature / cachet du Praticien
↓

Nom / prénom

ou de son (sa) **représentant(e)**

ou du (de la) **tuteur(trice) légal(e)**