



Analyses de Cytogénétique et de Génétique

Consentement éclairé

(à conserver par le médecin)

Je soussigné(e)
ai été informé(e) par le Dr
de la nature et des buts des examens qui vont être réalisés sur
le prélèvement qui va m'être effectué, conformément aux dis-
positions de l'article R1131-5 du code de la Santé Publique.

J'accepte volontairement ce bilan. Je sais que je peux le refuser
sans en indiquer les raisons.

J'accepte que ce prélèvement soit conservé au laboratoire selon
les exigences légales et que les résultats de ce bilan et toutes
les informations me concernant soient également conservés
dans le respect du secret médical.

Je sais que ces informations m'appartiennent et qu'elles ne
peuvent être transmises à un tiers sans mon accord.

Fait à

le

Signature du patient

[Empty rounded rectangular box for patient signature]



Analyses de Cytogénétique et de Génétique

Attestation de consultation

(à adresser au laboratoire)

Je certifie avoir apporté à
les informations définies selon l'article R.1131-5 du code de la
Santé Publique et avoir recueilli le consentement éclairé de
mon (ma) patient(e) dans les conditions prévues à l'article
R.1131-4 .

Fait à le

Signature du médecin