

**CONSENTEMENT PARENTAL**  
**CONCERNANT UNE ETUDE DE GENETIQUE MOLECULAIRE**  
**DANS UN BUT DIAGNOSTIQUE**

Je soussigné(e),.....  
parent de l'enfant.....  
après avoir reçu les informations nécessaires du Dr.....  
sur.....  
accepte que soit réalisée sur mon enfant une recherche par génétique moléculaire.

Cette étude sera réalisée dans un but diagnostique et (1)

je souhaite

je ne souhaite pas

connaître les éventuels résultats le jour où cette étude aboutira.

Je consens au recueil, à la saisie et au traitement des données contenues dans mon dossier médical par des personnes tenues au secret professionnel. Les données qui me concernent resteront strictement confidentielles. Je n'en autorise la consultation qu'aux personnes qui collaborent à l'analyse. Je pourrai à tout moment demander mon retrait de l'analyse et à cette fin, les données concernant mon dossier devront être détruites.

J'ai pris bonne note que les résultats de cette analyse me seront transmis par mon médecin.

Conformément à la loi Informatique et Libertés, je peux exercer mon droit d'accès aux données me concernant par l'intermédiaire d'un médecin de mon choix.

A :

Le :

Signature :

Attestation de consultation

Je soussigné(e) Docteur .....  
atteste avoir informé  
Mme, Melle, M. ....  
des caractéristiques de l'anomalie  
recherchée, des moyens de la détecter, des  
possibilités de prévention et traitement.

Le :

Signature et cachet du médecin :

(1) rayer la mention inutile