

CONSETEMENT POUR REALISATION DU TEST MELAPRED

(Conformément à la loi n° 2004-800 du 6 août 2004 relative à la bioéthique, modifiée par la loi du 7 juillet 2011) Document à établir en trois exemplaires.

Un exemplaire à joindre avec le **prélèvement**, un à remettre au **patient**, un à conserver par le **médecin prescripteur**.

Je déclare donner mon accord pour que soit effectué sur moi-même le test **MELAPRED** qui aide au diagnostic de prédisposition au mélanome:

Nom : Prénom : Né(e) le/...../.....

Je déclare que j'ai reçu les informations suivantes :

- J'ai été informé de la maladie, de ses moyens de diagnostic, de prévention et de traitement.
- L'analyse proposée repose sur une étude du patrimoine génétique et un examen clinique. Elle a pour objectif de déterminer s'il existe une anomalie en rapport avec la maladie envisagée ou présente.
- Pour établir un/le diagnostic, cette analyse rend nécessaire un prélèvement d'ADN buccal et un examen par votre médecin traitant ou votre dermatologue. Les conditions et les conséquences de ce prélèvement m'ont été expliquées.
- Cette analyse est faite par un laboratoire agréée.
- J'ai été informé de la nature génétique du test envisagé et des conséquences du résultat pour ma prise en charge.
- Les résultats de cette étude ne seront transmis par le médecin prescripteur qu'à moi seul(e) et ne seront transmis à aucun membre de ma famille.
- A tout moment, je peux demander que ces résultats ne me soient pas communiqués et/ou que l'étude entreprise soit interrompue.
- A tout moment, je peux demander que l'ADN extrait soit détruit.
- Aucune autre analyse génétique, non liée à la pathologie recherchée, ne pourra être réalisée sur mon prélèvement sans mon accord préalable.
- En l'état actuel des connaissances médicales, les techniques utilisées ne permettent pas dans tous les cas d'aboutir à un diagnostic de certitude.
- J'autorise l'utilisation de ce résultat si mes gènes présentent des caractéristiques qui apparaissent médicalement essentielles pour un des membres de ma famille.
- J'autorise, dans le respect du secret médical :
 - La conservation d'un échantillon de matériel biologique issu de mes/ses prélèvements et son utilisation ultérieure pour poursuivre les investigations dans le cadre de cette même démarche diagnostique, en fonction de l'évolution des connaissances.
 - La conservation des données utiles à la gestion de la démarche diagnostique et de mon/son dossier dans des bases de données informatiques déclarées à la CNIL.

Je dispose d'un droit d'accès et de rectification aux données me concernant, par l'intermédiaire du médecin que j'aurai désigné à cet effet, conformément à la loi relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés.

Fait à le/...../.....

Signature du patient
(ou de son représentant légal)

Signature du médecin

ATTESTATION DE CONSULTATION ET PRESCRIPTION POUR UNE ETUDE GENETIQUE A DES FINS MEDICALES

(Conformément au décret n° 2004-800 du 6 août 2004)

Je soussigné, Docteur

Certifie :

- ▶ avoir informé Madame/Monsieur
- sur les moyens de diagnostic, de prévention et de traitement du mélanome.
- sur la nature génétique du test envisagé et les conséquences du résultat pour la prise en charge de sa personne.
- ▶ avoir recueilli son consentement éclairé par écrit.

Fait à le/...../.....

Signature
médecin prescripteur