

Plan France Médecine Génomique 2025

Consentement pour l'examen à finalité médicale des caractéristiques génétiques d'une personne majeure sous tutelle

*Le consentement du représentant légal de la personne majeure sous tutelle est requis ;
fournir le justificatif (décision de justice relative à la tutelle)*

IDENTITE de la personne majeure sous tutelle (étiquette ou nom, prénom et date de naissance)

Je soussigné(e), agissant en qualité de représentant légal de la personne majeure sous tutelle désignée ci-dessus, reconnais avoir été informé(e) par le :

Dr..... (tel / / / /)

Conseiller en génétique (tel / / / /) sous la responsabilité du Dr..... (tel / / / /)

Sur l'examen des caractéristiques génétiques qui m'a été proposé pour la personne majeure sous tutelle (nom, prénom, date de naissance) :

Pour l'examen diagnostique de (préciser obligatoirement le nom de la maladie ou groupe de maladies recherchées ou l'indication de l'examen prescrit):

J'ai reçu les informations, ainsi que la personne majeure sous tutelle en fonction de son degré de compréhension, portant notamment sur :

- La maladie recherchée, les moyens de la détecter, le degré de fiabilité des examens, les possibilités de prévention et de traitement, ainsi que les risques de transmission génétique de cette maladie, les conséquences possibles pour d'autres membres de sa famille, la nécessité de les informer et les modalités possibles de leur information ;
- La conservation et l'utilisation ultérieure possible de ses échantillons biologiques et des données issues de l'examen.

J'ai été également informé(e) que cette démarche diagnostique pourra se poursuivre pour que la personne majeure sous tutelle puisse bénéficier de l'évolution des connaissances actuelles. Dans ce cas, je serai régulièrement informé(e) de la poursuite de cette démarche et de son résultat dans le cadre de son suivi.

Le médecin ou le conseiller en génétique m'a remis une notice d'information reprenant notamment les éléments d'information ci-dessus et a répondu à toutes mes questions.

Je consens à ce que soit réalisé sur la personne majeure sous tutelle l'examen prescrit¹.

Je suis informé(e) que je peux revenir à tout moment sur les choix ci-dessous sans conséquences sur sa prise en charge.

Je souhaite être informé(e) du résultat de l'examen réalisé²

Oui Non

J'autorise la conservation des échantillons biologiques non utilisés et des données générées par l'examen pour leur éventuelle utilisation ultérieure dans le cadre de la même démarche diagnostique, en fonction de l'évolution des connaissances.

Oui Non

¹ Article 16-10 du code civil

² Article L. 1111-2 du code de la santé publique (CSP)

Information de la famille (parentèle)

Si le diagnostic est posé, j'informerai moi-même les membres de la famille de la personne majeure sous tutelle potentiellement concernés ou certains d'entre eux, dès lors que des mesures de soins ou de prévention, y compris de conseil génétique, peuvent être proposées.	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Pour les membres de sa famille que je n'informe pas, je demanderai au médecin de procéder lui-même à cette information dans le respect du secret médical.	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>

En cas de réponse négative aux deux rubriques précédentes, j'ai été informé(e) que ma responsabilité pourrait être engagée.

Ces informations sont couvertes par le secret professionnel et le droit au respect de la vie privée dans les conditions de l'article L1111-4 du code de la santé publique.

Conformément aux dispositions relatives à la protection des données, je dispose au nom de la personne majeure sous tutelle d'un droit d'opposition, d'accès et de rectification par l'intermédiaire du Dr.....

Fait à
Le
Nom, prénom et signature (obligatoire) du représentant légal de la personne majeure sous tutelle

ATTESTATION D'INFORMATION
s'agissant d'une personne majeure sous tutelle³
(Par le médecin prescripteur ou le conseiller en génétique)

IDENTITE de la personne majeure sous tutelle (étiquette ou nom, prénom et date de naissance)	IDENTITE du représentant légal
---	---------------------------------------

Je certifie que la personne susnommée, agissant en qualité de représentant légal de la personne majeure sous tutelle, et, le cas échéant, la personne majeure sous tutelle en fonction de son degré de compréhension, ont été informés des caractéristiques de la maladie recherchée, des moyens de la détecter, du degré de fiabilité des examens, des possibilités de prévention et de traitement et des modalités de transmission génétique de cette maladie, des conséquences possibles des résultats de l'examen pour d'autres membres de la famille et des modalités d'information de ceux-ci.

Je certifie avoir recueilli le consentement du représentant légal de la personne majeure sous tutelle dans les conditions prévues par la loi.

Date :
Signature et cachet du médecin ou du conseiller en génétique:

³ Le droit à l'information d'une personne majeure sous tutelle est exercé par le tuteur. La personne majeure sous tutelle reçoit elle-même l'information d'une manière adaptée et est associé aux décisions qui la concernent selon son degré de compréhension.

Consentement pour la conservation, dans un but de recherche, des échantillons et des données résultant de l'examen des caractéristiques génétiques d'une la personne majeure sous tutelle réalisé pour une finalité médicale

J'ai également reçu des informations sur l'utilisation ultérieure éventuelle dans un but de recherche des échantillons biologiques prélevés sur la personne majeure sous tutelle non utilisés dans le cadre de la démarche diagnostique, ainsi que des données issues de l'examen.

En cas d'utilisation de ces échantillons biologiques ou de ces données génétiques, je serai informé(e) du projet de recherche ou du traitement de données envisagé et aurai la possibilité de m'y opposer⁴.

Je suis informé(e) que je peux revenir à tout moment sur les choix ci-dessous sans conséquences sur la prise en charge de la personne majeure sous tutelle.

J'autorise la conservation des échantillons biologiques non utilisés dans le cadre de la démarche diagnostique pour une éventuelle utilisation ultérieure dans un but de recherche.	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
J'autorise la conservation des données obtenues dans le cadre de la démarche diagnostique pour une éventuelle utilisation ultérieure dans un but de recherche.	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>

Conformément aux dispositions relatives à la protection des données, je dispose au nom de la personne majeure sous tutelle d'un droit d'opposition, d'accès et de rectification par l'intermédiaire du Dr.....

<u>Fait à</u>
<u>Le</u>
<u>Nom, prénom et signature (obligatoire) du représentant légal de la personne majeure sous tutelle</u>

⁴ Sur les droits d'information et d'opposition :

- Article L. 1131-1-1 du CSP sur les échantillons biologiques
- Articles 48, 56 et 75 de la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 et articles 14 et 21 du règlement 2016/679 général sur la protection des données (RGPD) sur les données de santé