Décrets, arrêtés, circulaires

TEXTES GÉNÉRAUX

MINISTÈRE DE LA SANTÉ, DES FAMILLES, DE L'AUTONOMIE ET DES PERSONNES HANDICAPÉES

Arrêté du 26 octobre 2026
relatif au consentement d'une personne à la réalisation d'un examen des caractéristiques génétiques à des fins médicales

NOR : *SFHP2628549A*

La ministre de la santé, des familles, de l'autonomie et des personnes handicapées,

Vu le code civil, notamment son article 16-10 ;
Vu le code de la santé publique, notamment ses articles L. 1130-1, R. 1131-4 et R. 1131-4-1 ;
Vu l'avis de l'Agence de la biomédecine en date du 27 juillet 2026,

Arrête :

Article 1er

Le consentement d'une personne à la réalisation d'un examen de ses caractéristiques génétiques ou de celles d'une personne sur laquelle elle exerce l'autorité parentale ou dont elle est le représentant légal à des fins médicales est exprimé par écrit au moyen des modèles figurant en annexes du présent arrêté.

Article 2

Le présent arrêté sera publié au *Journal officiel* de la République française.

Fait le 26 octobre 2026.

Pour la ministre et par délégation :
Le directeur général de la santé,
G. EMERY

ANNEXES

ANNEXE 1

MODÈLE DE CONSENTEMENT D'UNE PERSONNE À LA RÉALISATION D'UN EXAMEN DE SES CARACTÉRISTIQUES GÉNÉTIQUES À DES FINS MÉDICALES ET À LA RÉVÉLATION DES RÉSULTATS

CONSENTEMENT À LA RÉALISATION D'UN EXAMEN DES CARACTÉRISTIQUES GÉNÉTIQUES À DES FINS MÉDICALES

Je soussigné(e), (nom et prénom de la personne) ....., né(e) le (date) ....., atteste avoir été informé(e), dans le cadre d'une consultation tenue le (date) .....

– avec le Dr ..... ;

– ou le conseiller en génétique ..... sous la responsabilité du Dr ..... (1),

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

.....

– de la nature de l'examen ;
– des caractéristiques de la maladie recherchée, des moyens de la détecter, du degré de fiabilité des examens ainsi que des possibilités de mesures de prévention, de conseil génétique et de soins ;
– des modalités de transmission génétique de la maladie recherchée lorsqu'elles sont connues et de leurs possibles conséquences chez d'autres membres de ma famille ;
– que cet examen peut révéler des caractéristiques génétiques qui ne sont pas liées à la raison initiale de l'examen, appelées résultats incidents, mais dont la connaissance pourrait me permettre ou permettre aux membres de ma famille de bénéficier de mesures de prévention, de conseil génétique ou de soins ;
– de l'obligation et des modalités d'information des membres de ma famille potentiellement concernés ;
– que je peux refuser la révélation des résultats ;
– que je peux retirer mon consentement à tout moment avant le rendu des résultats, en tout ou partie, sans justification et sans formalité.

CONSENTEMENT À L'EXAMEN

Je consens à ce que soit réalisé l'examen prescrit (2)	Oui ☐ Non ☐
Je souhaite être informé(e) des résultats de l'examen prescrit	Oui ☐ Non ☐

(1) Barrer la mention si non valable.
(2) Article 16-10 du code civil.

CAS PARTICULIERS

ASSISTANCE MÉDICALE À LA PROCRÉATION

Par le passé, j'ai fait un don de gamètes ou d'embryons. En cas de risque de maladie grave pour laquelle il existe des mesures de prévention, y compris de conseil génétique, ou de soins, le prescripteur de l'examen informera le centre d'assistance médicale à la procréation concerné qui lui-même informera les personnes nées de ce don de l'existence d'une information à caractère génétique susceptible de les concerner (3).	☐ Concerné(e) ☐ Non concerné(e)
Je suis, à ma connaissance, issu(e) d'une assistance médicale à la procréation avec don de gamètes ou d'embryons. En cas de risque de maladie grave pour laquelle il existe des mesures de prévention, y compris de conseil génétique, ou de soins, le prescripteur de l'examen informera le centre d'assistance médicale à la procréation concerné qui lui-même informera le(s) tiers donneur(s) de l'existence d'une information à caractère génétique susceptible de le(s) concerner (4).	☐ Concerné(e) ☐ Non concerné(e)

NAISSANCE SOUS LE SECRET

Je suis, à ma connaissance, une personne née sous le secret. En cas de risque de maladie grave pour laquelle il existe des mesures de prévention, y compris de conseil génétique, ou de soins, le prescripteur de l'examen informera le Conseil national d'accès aux origines personnelles qui lui-même informera la mère de naissance et/ou le père de naissance de l'existence d'une information à caractère génétique susceptible de les concerner (5).	☐ Concerné(e) ☐ Non concerné(e)
J'ai eu, à ma connaissance, un enfant sous le secret. En cas de risque de maladie grave pour laquelle il existe des mesures de prévention, y compris de conseil génétique, ou de soins, le prescripteur de l'examen informera le Conseil national d'accès aux origines personnelles qui lui-même informera l'enfant né sous le secret de l'existence d'une information à caractère génétique susceptible de le concerner (6).	☐ Concerné(e) ☐ Non concerné(e)

(3) Article R. 1131-5-5 du code de la santé publique.
(4) Article R. 1131-5-5 du code de la santé publique.

(5) Article R. 1131-5-6 du code de la santé publique.
(6) Article R. 1131-5-6 du code de la santé publique.

INFORMATION DE LA PARENTÈLE (INDICATION INITIALE)

Les membres de votre famille potentiellement concernés dont vous possédez ou pouvez obtenir les coordonnées doivent être informés des anomalies génétiques pouvant être responsables d'affections graves dès lors que des mesures de prévention, de conseil génétique ou de soins peuvent leur être proposées (7). S'ils ne le sont pas, votre responsabilité pourrait être engagée.

Cocher la ou les modalités d'information choisies :

☐ J'informerai moi-même les membres de ma famille potentiellement concernés ou certains d'entre eux.

☐ Pour les membres de ma famille potentiellement concernés que je ne souhaite pas informer moi-même, je demanderai par écrit au médecin de procéder lui-même à cette information dans le respect du secret médical.

(7) Article L. 1131-1 du code de la santé publique.
NB : l'existence de mesures de prévention ou de soins est évaluée à date d'obtention des résultats de l'examen. En cas de développement ultérieur de mesures de prévention ou de soins, une information après l'obtention des résultats ne pourra être délivrée.

CONSENTEMENT À LA RÉVÉLATION DE RÉSULTATS INCIDENTS
(Résultats éventuels non recherchés intentionnellement, sans lien avec l'indication initiale)

☐ Je ne souhaite pas que me soient communiqués les résultats incidents.

ou

Je souhaite que me soient communiqués les résultats incidents. Un conseil génétique sera possible, y compris en cas de projet parental. Je souhaite recevoir les résultats incidents :
– Concernant des risques de maladie (cocher la ou les cases choisies [1]) :
☐ pour moi-même ☐ pour ma famille
– Concernant des maladies pour lesquelles des mesures de prévention ou de soins (cocher la ou les cases choisies [2]) :
☐ existent ☐ n'existent pas (excepté le conseil génétique)

NB : l'existence de mesures de prévention ou de soins est évaluée à date d'obtention des résultats de l'examen. En cas de développement ultérieur de mesures de prévention ou de soins, une information après l'obtention des résultats ne pourra être délivrée.

INFORMATION DE LA PARENTÈLE (RÉSULTATS INCIDENTS)
A remplir uniquement si vous avez souhaité la communication de vos résultats incidents

Les membres de votre famille potentiellement concernés dont vous possédez ou pouvez obtenir les coordonnées doivent être informés des anomalies génétiques pouvant être responsables d'affections graves dès lors que vous êtes au courant de ces résultats incidents et que des mesures de prévention, de conseil génétique ou de soins peuvent leur être proposées (3). S'ils ne le sont pas, votre responsabilité pourrait être engagée.

Cocher la ou les modalités d'information choisies :

☐ J'informerai moi-même les membres de ma famille potentiellement concernés ou certains d'entre eux.

☐ Pour les membres de ma famille potentiellement concernés que je ne souhaite pas informer moi-même, je demanderai par écrit au médecin de procéder lui-même à cette information dans le respect du secret médical.

(1) Cocher au moins une case. Les deux cases peuvent être cochées.
(2) Cocher au moins une case. Les deux cases peuvent être cochées.
(3) Article L. 1131-1 du code de la santé publique.
NB : l'existence de mesures de prévention ou de soins est évaluée à date d'obtention des résultats de l'examen. En cas de développement ultérieur de mesures de prévention ou de soins, une information après l'obtention des résultats ne pourra être délivrée.

SIGNATURE

L'original de ce document est conservé par le prescripteur dans mon dossier médical (1). Une copie est conservée par le laboratoire de biologie médicale chargé de réaliser l'examen pendant une durée de trente ans (2).

Les informations contenues dans le présent document sont couvertes par le secret professionnel et le droit au respect de la vie privée consacrés à l'article L. 1110-4 du code de la santé publique.

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

Date et signature de l'intéressé(e)

(1) Article R. 1131-5-2 du code de la santé publique.
(2) Article R. 1131-5-2 du code de la santé publique.

ANNEXE 2

MODÈLE DE CONSENTEMENT DES TITULAIRES DE L'AUTORITÉ PARENTALE À LA RÉALISATION D'UN EXAMEN DES CARACTÉRISTIQUES GÉNÉTIQUES D'UNE PERSONNE MINEURE À DES FINS MÉDICALES ET À LA RÉVÉLATION DES RÉSULTATS

CONSENTEMENT À LA RÉALISATION D'UN EXAMEN DES CARACTÉRISTIQUES GÉNÉTIQUES À DES FINS MÉDICALES

Je/nous soussigné(e)(s), (nom et prénom du premier titulaire de l'autorité parentale) ..... et (nom et prénom du second titulaire de l'autorité parentale le cas échéant) ....., titulaire de l'autorité parentale de (nom et prénom de l'intéressé[e]) ..... né(e) le (date) ..... , atteste/attestons avoir été informé(e)(s), dans le cadre d'une consultation tenue le (date) .....

– avec le Dr ..... ; ou

– le conseiller en génétique ..... sous la responsabilité du Dr ..... (1),

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

.....

- de la nature de l'examen ;
- des caractéristiques de la maladie recherchée, des moyens de la détecter, du degré de fiabilité des examens ainsi que des possibilités de mesures de prévention, de conseil génétique et de soins ;
- des modalités de transmission génétique de la maladie recherchée lorsqu'elles sont connues et de leurs possibles conséquences chez d'autres membres de la famille de mon/notre enfant ;
- que cet examen peut révéler des caractéristiques génétiques qui ne sont pas liées à la raison initiale de l'examen, appelées résultats incidents, mais dont la connaissance pourrait permettre à mon/notre enfant ou aux membres de sa famille de bénéficier de mesures de prévention, de conseil génétique ou de soins ;
- de l'obligation d'informer mon/notre enfant ;
- de l'obligation et des modalités d'information des membres de la famille de mon/notre enfant potentiellement concernés ;
- que je/nous peux/pouvons refuser la révélation des résultats ;
- que je/nous peux/pouvons retirer mon/notre consentement à tout moment avant le rendu des résultats, en tout ou partie, sans justification et sans formalité.

CONSENTEMENT À L'EXAMEN

Je/Nous consens/consentons à ce que soit réalisé l'examen prescrit (2)	Oui ☐ Non ☐
Je/Nous souhaite/souhaitons être informé(e)(s) des résultats de l'examen prescrit	Oui ☐ Non ☐

(1) Barrer la mention si non valable.
(2) Article 16-10 du code civil.

CAS PARTICULIERS

ASSISTANCE MÉDICALE A LA PROCRÉATION

Mon/notre enfant est né(e) d'une assistance médicale à la procréation avec don de gamètes ou d'embryons. En cas de risque de maladie grave pour laquelle il existe des mesures de prévention, y compris de conseil génétique, ou de soins, le prescripteur de l'examen informera le centre d'assistance médicale à la procréation concerné qui lui-même informera le(s) tiers donneur(s) de l'existence d'une information à caractère génétique susceptible de le(s) concerner (3).	☐ Concerné(e) ☐ Non concerné(e)

NAISSANCE SOUS LE SECRET

Mon/notre enfant est né(e) sous le secret. En cas de risque de maladie grave pour laquelle il existe des mesures de prévention, y compris de conseil génétique, ou de soins, le prescripteur de l'examen informera le Conseil national d'accès aux origines personnelles qui lui-même informera la mère de naissance et/ou le père de naissance de l'existence d'une information à caractère génétique susceptible de les concerner (4).	☐ Concerné(e) ☐ Non concerné(e)
Mon/notre enfant a eu, à ma/notre connaissance, un enfant né sous le secret. En cas de risque de maladie grave pour laquelle il existe des mesures de prévention, y compris de conseil génétique, ou de soins, le prescripteur de l'examen informera le Conseil national d'accès aux origines personnelles qui lui-même informera l'enfant né sous le secret de l'existence d'une information à caractère génétique susceptible de le concerner (5).	☐ Concerné(e) ☐ Non concerné(e)

(3) Article R. 1131-5-5 du code de la santé publique.
(4) Article R. 1131-5-6 du code de la santé publique.
(5) Article R. 1131-5-6 du code de la santé publique.

INFORMATION DE LA PARENTÈLE (INDICATION INITIALE)

Les membres de la famille de votre enfant potentiellement concernés dont vous possédez ou pouvez obtenir les coordonnées doivent être informés des anomalies génétiques pouvant être responsables d'affections graves dès lors que des mesures de prévention, de conseil génétique ou de soins peuvent leur être proposées (6). S'ils ne le sont pas, votre responsabilité pourrait être engagée.

Cocher la ou les modalités d'information choisies :

☐ J'informerai moi-même/nous informerons nous-mêmes les membres de la famille de mon/notre enfant potentiellement concernés ou certains d'entre eux.

☐ Pour les membres de la famille de mon/notre enfant potentiellement concernés que je/nous ne souhaite/souhaitons pas informer moi-même/nous-mêmes, je/nous demanderai/demanderons par écrit au médecin de procéder lui-même à cette information dans le respect du secret médical.

(6) Article L. 1131-1 du code de la santé publique.

NB : l'existence de mesures de prévention ou de soins est évaluée à date d'obtention des résultats de l'examen. En cas de développement ultérieur de mesures de prévention ou de soins, une information après l'obtention des résultats ne pourra être délivrée.

CONSENTEMENT À LA RÉVÉLATION DE RÉSULTATS INCIDENTS
(Résultats éventuels non recherchés intentionnellement, sans lien avec l'indication initiale)

☐ Je/nous ne souhaite/souhaitons pas que me/nous soient communiqués les résultats incidents.

ou

Je/nous souhaite/souhaitons que me/nous soient communiqués les résultats incidents. Un conseil génétique sera possible, y compris en cas de projet parental.
Je/nous souhaite/souhaitons recevoir les résultats incidents :

– Concernant des risques de maladie (cocher la ou les cases choisies [1]) :

☐ pour mon/notre enfant ☐ pour sa famille

Les résultats ne seront rendus que si votre enfant ou sa famille peut bénéficier de mesures préventives ou curatives immédiates.

NB : l'existence de mesures de prévention ou de soins est évaluée à date d'obtention des résultats de l'examen. En cas de développement ultérieur de mesures de prévention ou de soins, une information après l'obtention des résultats ne pourra être délivrée.

INFORMATION DE LA PARENTÈLE (RESULTATS INCIDENTS)
A remplir uniquement si vous avez souhaité la communication des résultats incidents

Les membres de la famille de votre enfant potentiellement concernés dont vous possédez ou pouvez obtenir les coordonnées doivent être informés des anomalies génétiques pouvant être responsables d'affections graves dès lors que vous êtes au courant de ces résultats incidents et que des mesures de prévention, de conseil génétique ou de soins peuvent leur être proposées (2). S'ils ne le sont pas, votre responsabilité pourrait être engagée.

Cocher la ou les modalités d'information choisies :

☐ J'informerai moi-même/nous informerons nous-mêmes les membres de la famille de mon/notre enfant potentiellement concernés ou certains d'entre eux.

☐ Pour les membres de la famille de mon/notre enfant potentiellement concernés que je/nous ne souhaite/souhaitons pas informer moi-même/nous-mêmes, je/nous demanderai/demanderons par écrit au médecin de procéder lui-même à cette information dans le respect du secret médical.

(1) Cocher au moins une case. Les deux cases peuvent être cochées.

(2) Article L. 1131-1 du code de la santé publique.

NB : l'existence de mesures de prévention ou de soins est évaluée à date d'obtention des résultats de l'examen. En cas de développement ultérieur de mesures de prévention ou de soins, une information après l'obtention des résultats ne pourra être délivrée.

SIGNATURES

L'original de ce document est conservé par le prescripteur dans le dossier médical de votre enfant (3). Une copie est conservée par le laboratoire de biologie médicale chargé de réaliser l'examen pendant une durée de trente ans (4).

Les informations contenues dans le présent document sont couvertes par le secret professionnel et le droit au respect de la vie privée consacrés à l'article L. 1110-4 du code de la santé publique.

Conformément aux dispositions relatives à la protection des données, je/nous dispose/disposons d'un droit d'opposition, d'un droit d'accès et d'un droit de rectification par l'intermédiaire du Dr .....

Date et signature du premier titulaire de l'autorité parentale

Date et signature du second titulaire de l'autorité parentale (le cas échéant)

☐ Le consentement de (nom et prénom de l'intéressé[e]) , âgé(e) de (âge) à la date du renseignement du présent formulaire et jugé(e) apte à exprimer sa volonté et à participer à la décision, a été recherché, conformément au dernier alinéa de l'article R. 1131-4 du code de la santé publique.

Signature et cachet du médecin ou du conseiller en génétique

(3) Article R. 1131-5-2 du code de la santé publique.
(4) Article R. 1131-5-2 du code de la santé publique.

ANNEXE 3

MODÈLE DE CONSENTEMENT DU REPRÉSENTANT LÉGAL À LA RÉALISATION D'UN EXAMEN DES CARACTÉRISTIQUES GÉNÉTIQUES D'UNE PERSONNE MAJEURE FAISANT L'OBJET D'UNE MESURE DE PROTECTION JURIDIQUE AVEC REPRÉSENTATION RELATIVE À LA PERSONNE À DES FINS MÉDICALES ET À LA RÉVELATION DES RÉSULTATS

CONSENTEMENT À LA RÉALISATION D'UN EXAMEN DES CARACTÉRISTIQUES GÉNÉTIQUES À DES FINS MÉDICALES

Je soussigné(e), (nom et prénom du représentant légal) , représentant légal de (nom et prénom de l'intéressé[e]) né(e) le (date) .....,
atteste avoir été informé(e), dans le cadre d'une consultation tenue le (date) .....
– avec le Dr .....
– ou le conseiller en génétique ..... sous la responsabilité du Dr ..... (1),
pour l'examen diagnostique de (préciser obligatoirement le nom de la maladie ou du groupe de maladies recherchées ou l'indication de l'examen prescrit) :

.....

– de la nature de l'examen ;
– des caractéristiques de la maladie recherchée, des moyens de la détecter, du degré de fiabilité des examens ainsi que des possibilités de mesures de prévention, de conseil génétique et de soins ;
– des modalités de transmission génétique de la maladie recherchée lorsqu'elles sont connues et de leurs possibles conséquences chez d'autres membres de la famille de l'intéressé(e) ;
– que cet examen peut révéler des caractéristiques génétiques qui ne sont pas liées à la raison initiale de l'examen, appelées résultats incidents, mais dont la connaissance pourrait permettre à l'intéressé(e) ou aux membres de sa famille de bénéficier de mesures de prévention, de conseil génétique ou de soins ;
– de l'obligation et des modalités d'information des membres de la famille de l'intéressé(e) potentiellement concernés ;
– que je peux refuser la révélation de ces résultats ;
– que je peux retirer mon consentement à tout moment avant le rendu des résultats, en tout ou partie, sans justification et sans formalité.

CONSENTEMENT À L'EXAMEN

Je consens à ce que soit réalisé l'examen prescrit (2)	Oui ☐ Non ☐
Je souhaite être informé(e) des résultats de l'examen prescrit	Oui ☐ Non ☐

(1) Barrer la mention si non valable.
(2) Article 16-10 du code civil.

CAS PARTICULIERS

ASSISTANCE MÉDICALE A LA PROCRÉATION

Par le passé, l'intéressé(e) a fait un don de gamètes ou d'embryons. En cas de risque de maladie grave pour laquelle il existe des mesures de prévention, y compris de conseil génétique, ou de soins, le prescripteur de l'examen informera le centre d'assistance médicale à la procréation concerné qui lui-même informera les personnes nées de ce don de l'existence d'une information à caractère génétique susceptible de les concerner (3).	☐ Concerné(e) ☐ Non concerné(e)
A ma connaissance, l'intéressé(e) est issu(e) d'une assistance médicale à la procréation avec don de gamètes ou d'embryons. En cas de risque de maladie grave pour laquelle il existe des mesures de prévention, y compris de conseil génétique, ou de soins, le prescripteur de l'examen informera le centre d'assistance médicale à la procréation concerné qui lui-même informera le(s) tiers donneur(s) de l'existence d'une information à caractère génétique susceptible de le(s) concerner (4).	☐ Concerné(e) ☐ Non concerné(e)

NAISSANCE SOUS LE SECRET

A ma connaissance, l'intéressé(e) est né(e) sous le secret. En cas de risque de maladie grave pour laquelle il existe des mesures de prévention, y compris de conseil génétique, ou de soins, le prescripteur de l'examen informera le Conseil national d'accès aux origines personnelles qui lui-même informera la mère de naissance et/ou le père de naissance de l'existence d'une information à caractère génétique susceptible de les concerner (5).	☐ Concerné(e) ☐ Non concerné(e)
A ma connaissance, l'intéressé(e) a eu un enfant sous le secret. En cas de risque de maladie grave pour laquelle il existe des mesures de prévention, y compris de conseil génétique, ou de soins, le prescripteur de l'examen informera le Conseil national d'accès aux origines personnelles qui lui-même informera l'enfant né sous le secret de l'existence d'une information à caractère génétique susceptible de le concerner (6).	☐ Concerné(e) ☐ Non concerné(e)

(3) Article R. 1131-5-5 du code de la santé publique.
(4) Article R. 1131-5-5 du code de la santé publique
(5) Article R. 1131-5-6 du code de la santé publique.
(6) Article R. 1131-5-6 du code de la santé publique.

INFORMATION DE LA PARENTÈLE (INDICATION INITIALE)

Les membres de la famille de l'intéressé(e) potentiellement concernés dont vous possédez ou pouvez obtenir les coordonnées doivent être informés des anomalies génétiques pouvant être responsables d'affections graves dès lors que des mesures de prévention, de conseil génétique ou de soins peuvent leur être proposées (7). S'ils ne le sont pas, votre responsabilité pourrait être engagée.

☐ J'informerai moi-même les membres de la famille de l'intéressé(e) potentiellement concernés ou certains d'entre eux.

☐ Pour les membres de la famille de l'intéressé(e) potentiellement concernés que je ne souhaite pas informer moi-même, je demanderai par écrit au médecin de procéder lui-même à cette information dans le respect du secret médical.

(7) Article L. 1131-1 du code de la santé publique.
NB : l'existence de mesures de prévention ou de soins est évaluée à date d'obtention des résultats de l'examen. En cas de développement ultérieur de mesures de prévention ou de soins, une information après l'obtention des résultats ne pourra être délivrée.

CONSENTEMENT À LA RÉVÉLATION DE RÉSULTATS INCIDENTS
(Résultats éventuels non recherchés intentionnellement, sans lien avec l'indication initiale)

☐ Je ne souhaite pas que me soient communiqués les résultats incidents.

ou

Je souhaite que me soient communiqués les résultats incidents. Un conseil génétique sera possible, y compris en cas de projet parental. Je souhaite recevoir les résultats incidents :

– Concernant des risques de maladie (cocher la ou les cases choisies [1]) :
☐ pour l'intéressé(e) ☐ pour sa famille
Les résultats ne seront rendus que si l'intéressé(e) ou sa famille peut bénéficier de mesures préventives ou curatives immédiates.

NB : l'existence de mesures de prévention ou de soins est évaluée à date d'obtention des résultats de l'examen. En cas de développement ultérieur de mesures de prévention ou de soins, une information après l'obtention des résultats ne pourra être délivrée.

INFORMATION DE LA PARENTÈLE (RÉSULTATS INCIDENTS)
A remplir uniquement si vous avez souhaité la communication des résultats incidents

Les membres de la famille de l'intéressé(e) potentiellement concernés dont vous possédez ou pouvez obtenir les coordonnées doivent être informés des anomalies génétiques pouvant être responsables d'affections graves dès lors que vous êtes au courant de ces résultats incidents et que des mesures de prévention, de conseil génétique ou de soins peuvent leur être proposées (2). S'ils ne le sont pas, votre responsabilité pourrait être engagée.

Cocher la ou les modalités d'information choisies :

☐ J'informerai moi-même les membres de la famille de l'intéressé(e) potentiellement concernés ou certains d'entre eux.

☐ Pour les membres de la famille de l'intéressé(e) potentiellement concernés que je ne souhaite pas informer moi-même, je demanderai par écrit au médecin de procéder lui-même à cette information dans le respect du secret médical.

(1) Cocher au moins une case. Les deux cases peuvent être cochées.
(2) Article L. 1131-1 du code de la santé publique.
NB : l'existence de mesures de prévention ou de soins est évaluée à date d'obtention des résultats de l'examen. En cas de développement ultérieur de mesures de prévention ou de soins, une information après l'obtention des résultats ne pourra être délivrée.

SIGNATURES

L'original de ce document est conservé par le prescripteur dans le dossier médical de l'intéressé(e) (3). Une copie est conservée par le laboratoire de biologie médicale chargé de réaliser l'examen pendant une durée de trente ans (4).

Les informations contenues dans le présent document sont couvertes par le secret professionnel et le droit au respect de la vie privée consacrés à l'article L. 1110-4 du code de la santé publique.

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

Date et signature du représentant légal

☐ Le consentement de (nom et prénom de l'intéressé[e]) , jugé(e) apte à exprimer sa volonté et à participer à la décision, a été recherché, conformément au dernier alinéa de l'article R. 1131-4 du code de la santé publique.

Signature et cachet du médecin ou du conseiller en génétique

---

(3) Article R. 1131-5-2 du code de la santé publique.
(4) Article R. 1131-5-2 du code de la santé publique.