



Consentement de prélèvement dans un but d'étude génétique et/ou de conservation dans la banque d'ADN (personne majeure).

Etude du gène de la Filagrine dans la dermatite atopique

Je soussigné(e) demeurant à autorise le Docteur à effectuer ou faire effectuer les analyses génétiques qui peuvent aider au diagnostic ou à la prévention de la dermatite atopique.

Le Docteur m'a expliqué la nature des analyses qui seront effectuées sur mon ADN, et que mon prélèvement sera conservé le temps nécessaire dans la banque d'ADN du Centre de Génétique Humaine.

J'autorise le recueil, la saisie et le traitement de données contenues dans mon dossier médical. J'ai été informé(e) que je dispose d'un droit de regard et de rectification à ces diverses données. Seul le Docteur ou les personnes mandatées par lui, pourront avoir accès à ces informations et procéder aux examens dont il m'a parlé, dans l'objectif auquel j'ai souscrit.

Je suis informé(e) que les analyses génétiques seront limitées à l'étude mentionnée, à savoir l'étude du gène de la filagrine, associé à la dermatite atopique.

D'autres gènes pourraient être responsables d'une prédisposition à la dermatite atopique. Le laboratoire de génétique pourrait vouloir à l'avenir étendre les analyses à ces gènes. Avec mon accord, l'ADN excédentaire, disponible après l'analyse du gène de la filagrine pourra être stocké et utilisé de manière anonyme dans le cadre de cette recherche.

Oui

Non

Fait en 2 exemplaires à, le

Signature et cachet du Médecin

Signature de l'intéressé