



Consentement éclairé en vue d'analyse(s) génétique(s)

Avril 2026

Nom : _____ Prénom : _____

Date de naissance : _____

Je confirme avoir reçu un conseil génétique qui m'a informé(e) sur les différents aspects des analyses génétiques décrits dans le formulaire « Information au patient ». J'ai compris ces informations et j'ai eu suffisamment de temps pour prendre ma décision.

Je donne mon consentement pour l'analyse (les analyses) génétique(s) suivante(s) :

_____ prénatal postnatal présymptomatique/prédictif

Pour l'indication suivante : _____

- Effectuer l'analyse même si elle ne figure pas sur la liste des analyses remboursables ou en absence de garantie de remboursement par ma caisse maladie (je couvrirai les coûts si nécessaire). OUI NON

Transmission d'éventuels résultats supplémentaires non prévus dans l'analyse génétique

Aucune analyse systématique n'est réalisée pour des informations sans rapport avec l'indication. La production d'informations excédentaires lors des analyses génétiques sera évitée autant que possible (art. 9 LAGH).

Si néanmoins, des informations génétiques sans lien direct avec la pathologie mais pouvant être utiles à ma santé ou celle de mes apparenté(e)s étaient révélées,

- Je souhaite être tenu informé OUI NON

En l'absence de réponse, il sera assumé que vous ne souhaitez pas prendre connaissance d'éventuels résultats supplémentaires non prévus.

Si vous ne souhaitez connaître que certains types de résultats, indiquez-les ici : _____

Conservation et utilisation des échantillons restants et des données d'analyse génétique.

- Je suis d'accord que mes échantillons et mes données d'analyse soient conservés pour d'éventuelles analyses ultérieures qui ne seront effectuées que dans mon intérêt et avec mon consentement. OUI NON

Répondre « Non » implique que vos échantillons et vos données seront détruits dans les délais prévus par les lois fédérales et cantonales.

- Je suis d'accord avec la conservation et l'utilisation de mes échantillons et de mes données à des fins d'amélioration de la qualité des analyses génétiques. OUI NON

Signature : _____ Lieu et date : _____
(parent/représentant légal le cas échéant)

Médecin:

Conformément à la loi sur l'analyse génétique humaine (LAGH), j'ai dûment expliqué la procédure de l'analyse génétique, y compris ses limites, à la personne nommée ci-dessus et répondu aux questions qu'elle souhaitait poser.

Nom : _____ Prénom : _____

Signature : _____ Lieu et date : _____ Timbre :