



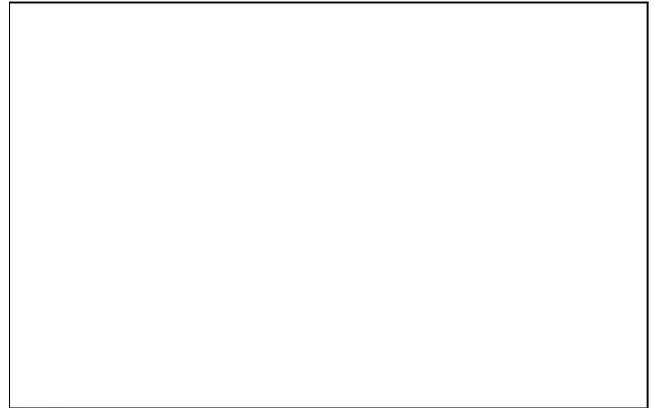
CHU Sainte-Justine

Le centre hospitalier
universitaire mère-enfant

Université 
de Montréal



HSJ-0508



CONSENTEMENT POUR ANALYSES MOLÉCULAIRES GÉNÉTIQUES (ENFANT)

Je, _____, né(e) le _____,
consens à ce qu'une analyse de l'ADN de mon enfant _____, né(e) le: _____,
soit effectuée pour _____.

Cette analyse sera faite sur un échantillon de sang (si autre, spécifier : _____).

Dans certains cas, il arrive que le résultat obtenu soit difficile à interpréter.

- Je comprends qu'il est possible que l'on demande des **prélèvements sanguins chez les parents biologiques** pour aider l'interprétation des résultats.
- Je comprends qu'il est possible que les **implications du résultat obtenu pour la santé de mon enfant restent difficiles à établir.**

Il se peut que le test demandé n'identifie pas de changement génétique, même chez quelqu'un qui a la condition recherchée.

- Je comprends qu'un **résultat normal n'élimine pas complètement la possibilité qu'un changement génétique soit présent chez mon enfant** car un changement pourrait ne pas être détectable par la méthode utilisée, soit parce qu'il se trouve dans des parties du génome qui ne sont pas explorées par le test ou parce que la méthode utilisée ne peut détecter que certains types de changements.

Si un CGH ou autre test génomique est effectué :

On me communiquera tous les résultats **potentiellement reliés à la raison** pour laquelle le test a été effectué.

Dans de rares cas, il se peut que l'analyse révèle **par hasard** des résultats sans lien avec la raison pour laquelle le test a été demandé (**découvertes fortuites**). Le laboratoire **ne cherchera pas activement** ce genre de résultat : si le résultat de mon enfant est normal, cela n'élimine pas la possibilité qu'un/des changement(s) génétique(s) (autres que ceux visés par l'analyse demandée) soient présents chez lui/elle.

Dans le cas d'une découverte fortuite,

- On me communiquera les découvertes fortuites qui ont un **impact connu** pour la santé de mon enfant durant l'enfance et l'adolescence ou **pour lequel un traitement ou une surveillance préventive est actuellement disponible durant l'enfance ou l'adolescence.**
- Les découvertes fortuites n'ayant **pas d'impact connu sur la santé selon les connaissances actuelles** ou n'ayant des implications **qu'à l'âge adulte** ne me seront pas divulguées. L'état de porteur d'une condition récessive ne sera **généralement pas divulgué.**

Je comprends que les résultats des tests me seront communiqués par le professionnel qui m'a offert l'analyse et seront par la suite disponibles dans le dossier médical de mon enfant.

Si des analyses semblables sont faites chez des **membres de ma famille**, je permets ou ne permets pas que les résultats des tests de mon enfant soient utilisés pour aider à l'interprétation de leurs résultats.

Signature

Date

Témoïn

Date

J'ai expliqué l'analyse d'ADN proposée à la personne qui a consenti au test et j'ai répondu à ses questions.

Signature du professionnel

Date