

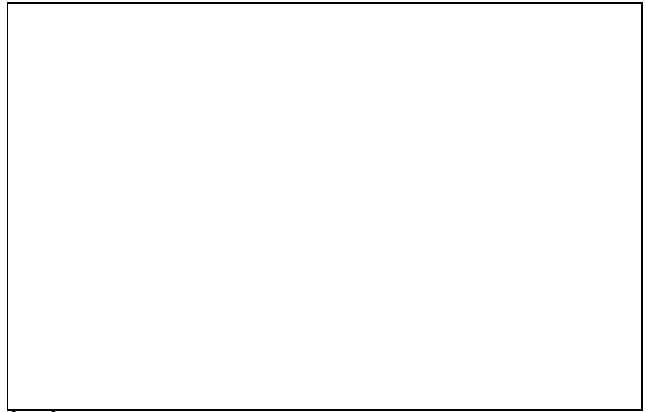


CHU Sainte-Justine

Le centre hospitalier
universitaire mère-enfant



HSJ-0509



CONSENTEMENT POUR ANALYSES MOLÉCULAIRES GÉNÉTIQUES (ADULTE)

Je, _____, né(e) le _____, consens à ce qu'une analyse de mon ADN 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 mes parents biologiques** pour aider à l'interprétation de mes résultats.
- Je comprends qu'il est possible que les **implications du résultat obtenu pour ma santé 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 moi** 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 génomiques est effectué :

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

Dans de rares cas, en faisant l'analyse pour la raison ci-haut, il se peut que l'on identifie **par hasard** des résultats sans lien avec la raison pour laquelle le test a été demandé mais pouvant avoir un impact sur ma santé (**découvertes fortuites**).

Le laboratoire **ne cherchera pas activement** ce genre de résultat : si mon résultat 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 moi. Si jamais on identifiait chez moi une découverte fortuite, (*choisir une des trois options*) :

- 1. Je **ne veux pas** que des découvertes fortuites me soient divulguées.
- 2. Je veux que l'on me communique toute découverte fortuite qui a un **impact potentiel pour ma santé et pour lequel un traitement ou une surveillance préventive est actuellement disponible**. Je ne veux pas que des découvertes fortuites pour lesquelles aucun traitement ou surveillance n'est actuellement disponible me soient divulguées.

Ou (seulement dans le cas d'adultes aptes à décider pour eux-mêmes) :

- 3. Je veux que l'on me communique **toutes les découvertes fortuites** qui ont un impact potentiel sur ma santé, même s'il s'agit de découvertes fortuites pour lesquelles aucun traitement ni surveillance n'est actuellement disponible.

Je suis conscient(e) que le fait d'apprendre fortuitement que j'ai une condition ou une prédisposition génétique pourrait avoir un impact sur mon assurabilité.

Découverte fortuite d'un risque reproductif (*répondre séparément*) :

- Je veux Je ne veux pas que l'on me communique **toute découverte fortuite** qui augmenterait mon risque d'avoir un enfant atteint d'une condition génétique (ex. dystrophie musculaire, délétion 22q11.2, alpha-thalassémie, etc).

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 mon dossier médical.

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

Signature (patient(e) ou tuteur légal si inapte)

Date

Témoin

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