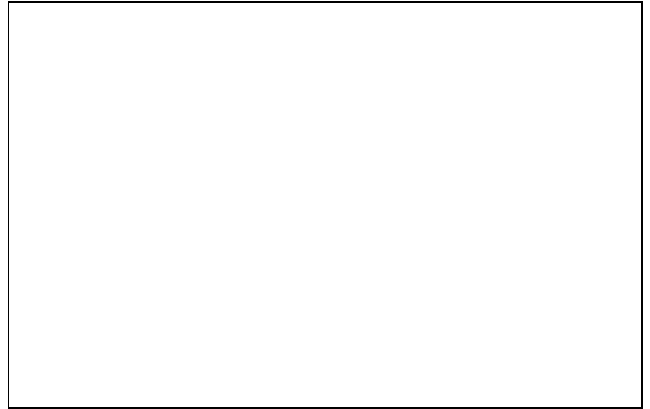




HSJ-1874



CONSENTEMENT POUR BIOPSIE CUTANÉE GÉNÉTIQUE

Je, _____ né(e) le : AAAA / MM / JJ
consens à ce qu'une biopsie cutanée soit faite sur moi ou sur mon enfant
_____ né(e) le : AAAA / MM / JJ

Je reconnais que les risques associés à cette biopsie m'ont été expliqués, que je les ai compris et que j'ai eu l'occasion de poser mes questions.

La biopsie cutanée est effectuée pour culture de fibroblastes*; extraction d'ADN directe
afin de réaliser le(s) analyse(s) suivante(s) * : _____ .

À moins que ce ne soit spécifié ci-bas, la culture de fibroblastes sera conservée au laboratoire du CHU Sainte-Justine, pour un délai maximum d'un an. J'autorise le CHU Sainte-Justine à procéder à la destruction de la culture à l'expiration de ce délai d'un an.

Si d'autres analyses sont jugées nécessaires, les informations devront être acheminées au laboratoire par le professionnel de la santé approprié dès la réception du résultat des analyses réalisées conformément à ce consentement, afin qu'elles soient effectuées à l'intérieur du délai de conservation de la culture.

Dans le cas particulier où une congélation des fibroblastes pour conservation à long terme est nécessaire, indiquez les motifs de conservation : _____ .

Si ces motifs justifient la conservation à long terme, la culture sera conservée pour un maximum de 25 ans. J'autorise le CHU Sainte-Justine à procéder à la destruction de la culture à l'expiration de ce délai de 25 ans.

Dans tous les cas, je comprends que la conservation de la culture est destinée exclusivement à des fins médicales me concernant ou concernant mon enfant.

Le CHU Sainte-Justine a mis en place tous les moyens nécessaires pour conserver la culture conformément aux normes applicables et pour en assurer la qualité. Toutefois, je comprends qu'en dépit des efforts déployés, il est possible que la culture conservée n'ait pas la qualité requise pour réaliser les analyses demandées, et ce, pour des raisons hors du contrôle du CHU Sainte Justine (par exemple, une contamination de l'échantillon ou une absence de pousse cellulaire).



HSJ-1874

Nom, prénom : _____

Dossier : _____

Je consens à la conservation de la culture, pour la durée et conformément aux modalités décrites ci-haut :
 oui non.

Signature (patient ou son représentant légal)

AAAA / MM / JJ

Date

Témoïn

AAAA / MM / JJ

Date

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

Signature du professionnel

AAAA / MM / JJ

Date

***Le laboratoire où devra être envoyée la culture de fibroblastes doit être spécifié dès la réception de l'échantillon au laboratoire de génétique biochimique pour que la mise en culture soit faite.**

Selon le type d'analyse, un consentement spécifique pour l'analyse pourrait être nécessaire. Le cas échéant, le formulaire de consentement spécifique doit aussi être signé et fourni au laboratoire de génétique biochimique. Aucune analyse ne sera faite sans ce consentement.