



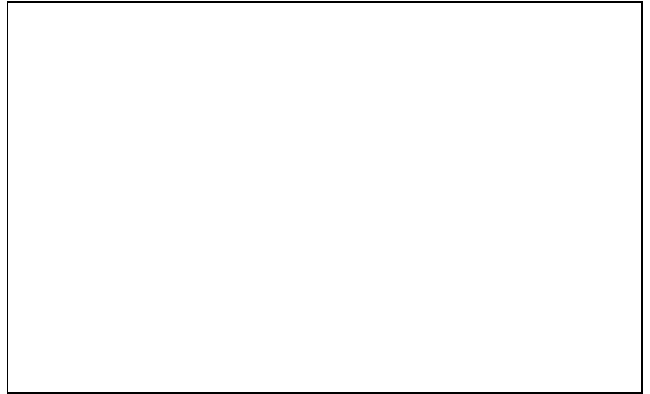
CHU Sainte-Justine

Le centre hospitalier
universitaire mère-enfant

Université 
de Montréal



HSJ-0514



CONSENTEMENT POUR ANALYSES MOLÉCULAIRES GÉNÉTIQUES (PRÉNATAL-FŒTUS)

Je, _____, né(e) le : _____, consens à ce qu'une analyse du matériel génétique de mon fœtus soit effectuée pour : caryotype, autre test : _____ sur l'échantillon fœtal suivant : amniocytes, villosités chorales, autre : _____

Si l'analyse est effectuée à partir d'un échantillon prélevé par une procédure invasive : amnio, biopsie chorale :

- J'ai été informée des risques associés à ces procédures, en particulier du **risque de perdre la grossesse**. _____ (initialer)
- J'ai été informée que, **rarement, l'examen doit être repris** parce qu'il n'y a pas assez de cellules dans l'échantillon prélevé ou qu'il y a eu contamination par les cellules de la mère. _____ (initialer)

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 moi et le père du fœtus** pour aider à l'interprétation des résultats chez mon fœtus.
- Je comprends que les résultats suivants ne sont généralement pas rapportés en prénatal (sauf rare exception en consultation avec le médecin généticien traitant) :
 - Les résultats dont la signification clinique n'est pas bien définie.
 - Les résultats associés à un statut de porteur de maladie récessive.
- Je comprends qu'il est possible que les **implications du résultat obtenu pour la santé du fœtus restent difficiles à établir**.

Si un CGH (ou autre test génomique) est effectué :

Dans de rares cas, il est possible que l'analyse révèle par hasard des résultats sans lien avec la raison pour laquelle le test a été demandé (**découvertes fortuites**). Si ceci se produit, les découvertes fortuites qui, selon les connaissances actuelles, pourraient avoir un **impact sur la prise en charge (suivi, traitement) du fœtus durant la grossesse ou de l'enfant pendant l'enfance ou un impact potentiel pour une future grossesse** (conditions liées à l'X) me seront communiquées. Le laboratoire **ne cherchera pas activement** ce genre de résultat : si le résultat du fœtus 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 le fœtus.

Je veux Je ne veux pas que l'on me communique les découvertes fortuites qui n'auront un impact sur la santé de mon futur enfant qu'à l'âge adulte et pour lesquels un traitement ou un suivi ne sont actuellement disponibles qu'à l'âge adulte. Je comprends que ceci pourrait également révéler un changement ayant un impact sur la santé d'un parents du fœtus.

Je comprends qu'un **résultat normal n'élimine pas complètement la possibilité qu'un changement génétique soit présent** 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.

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 _____