



Plaquer la carte d'assurance maladie ou  
d'hôpital (avec numéro d'ass. maladie)

**DIAGNOSTIC MOLECULAIRE DES NEUROPATHIES HEREDITAIRES**  
**Maladie de Charcot-Marie-Tooth**  
**Formulaire pour celui (celle) qui fait la demande**

Personne (patient(e) qui fait la demande : \_\_\_\_\_

Des tests génétiques sont présentement disponibles pour certaines formes de la maladie de Charcot-Marie-Tooth. Ces tests permettent d'évaluer le risque qu'a une personne d'être porteuse du gène lorsqu'il y a dans sa famille des personnes atteintes de cette maladie. Actuellement, ces tests ont un niveau de fiabilité de plus de 90%.

Je connais les symptômes de la maladie de Charcot-Marie-Tooth. Je désire passer ces tests, être informé(e) des résultats et recevoir les conseils génétiques appropriés. Ma participation consiste à accepter que l'on effectue sur moi un prélèvement sanguin qui comporte des inconvénients mineurs. Je désire que mon sang serve aux études familiales sur la maladie de Charcot-Marie-Tooth; j'accepte (  ) également qu'il soit utilisé sur une base anonyme dans le cadre d'autres projets de recherche en génétique.

Je désire que l'information me concernant sur la maladie de Charcot-Marie-Tooth soit transmise au Docteur(e) \_\_\_\_\_ pour que cette personne m'en interprète les résultats et me donne les conseils génétiques appropriés.

Le personnel responsable de ces analyses qui seront effectuées au CHUL à Québec m'assure que les informations obtenues seront tenues confidentielles.

\_\_\_\_\_  
Signature de la personne (patient(e) ou parent si  
enfant de moins de 14 ans

\_\_\_\_\_  
Lieu et date

Dr J. Puymirat, MD, Ph.D. Directeur scientifique du laboratoire

Version du 16 juin 2009