

Labormedizin

Diagnostische Hämatologie

Petersgraben 4
CH-4031 BaselTelefon +41 61 265 42 20
Telefax +41 61 265 41**CONSENTEMENT LIBRE ET ÉCLAIRÉ À UNE ANALYSE GÉNÉTIQUE**

Nom/Prénom : _____

Date de naissance : _____

«Par la présente, je confirme que conformément à la Loi fédérale sur l'analyse génétique humaine (LAGH), j'ai eu un conseil en génétique et que j'ai eu le temps nécessaire pour réfléchir et poser les questions que je souhaitais.»

Par la présente, je me déclare d'accord de me soumettre à (aux) l'analyse(s) génétique(s) cochée(s) ci-dessous :

- Analyse **ADN** concernant
- thalassémie/hémoglobinopathie
 - coagulopathie héréditaire
 - groupes HLA associés à des pathologies
 - Autre: _____

Ma décision concernant la conservation des données de l'analyse :

- Les données de mon analyse peuvent être conservées pour d'éventuels examens supplémentaires ou des examens ultérieurs.
- Les données de mon analyse doivent être détruites après la conclusion des examens.

Lieu et date: _____

Signature: _____
(signature des parents ou du représentant légal si nécessaire)**Médecin consultant :**

Conformément à la Loi fédérale sur l'analyse génétique humaine (LAGH), je confirme avoir donné au/à la patient/e susmentionné/e toutes les explications relatives à l'analyse demandée, et avoir reçu son consentement.

Nom : _____

Lieu et date : _____ Signature (obligatoire) : _____

Tampon :