
Consentement pour le transfert et l'échange d'informations contenues dans le dossier médical (personne mineure)

Nous soussignés
demeurant à autorisons le
Docteur à partager des informations contenues
dans le dossier médical de notre enfant avec
d'autres professionnels de la santé, dans ou en dehors de l'Hôpital, et ce
afin d'aider au diagnostic, à la prévention, ou au traitement optimal de la
maladie dont il souffre ou que présente un membre de la famille.

Ces informations concernent aussi bien les plaintes qu'il présente, les
signes cliniques que le médecin a détecté chez lui et d'éventuelles
photographies, que des examens biologiques, anatomopathologiques,
génétiques ou radiologiques. J'autorise le recueil, la saisie et le
traitement de ces données contenues dans son dossier médical et le
partage de ces données avec les professionnels spécialisés dans la
maladie dont il souffre, et ce dans le seul but d'en améliorer le
diagnostic, la prévention ou le traitement.

Seul le Docteur et les professionnels mandatés par lui
pourront avoir accès à ces informations, dans le respect de toutes les
règles de confidentialité.

Fait à, le

Signature et cachet du Médecin

Signature des parents

Consentement pour le transfert et l'échange d'informations contenues dans le dossier médical (personne majeure)

Je soussigné(e)
Demeurant à autorise le
Docteur à partager des informations contenues
dans mon dossier médical avec d'autres professionnels de la santé,
dans ou en dehors de l'Hôpital, et ce afin d'aider au diagnostic, à la
prévention, ou au traitement optimal de la maladie dont je souffre ou que
présente un membre de famille.

Ces informations concernent aussi bien les plaintes que je présente, les
signes cliniques que le médecin détecte chez moi et d'éventuelles
photographies, que des examens biologiques, anatomopathologiques,
génétiques ou radiologiques. J'autorise le recueil, la saisie et le
traitement de ces données contenues dans mon dossier médical et le
partage de ces données avec les professionnels spécialisés dans la
maladie dont je souffre, et ce dans le seul but d'en améliorer le
diagnostic, la prévention ou le traitement.

Seul le Docteur et les professionnels mandatés par lui
pourront avoir accès à ces informations, dans le respect de toutes les
règles de confidentialité.

Fait à, le

Signature et cachet du Médecin

Signature du patient

Consentement de prélèvement dans un but d'étude génétique et/ou de conservation dans la banque d'ADN (personne mineure)

Nous soussignés (Noms, Prénoms)
..... demeurant à
..... acceptons de faire
participer notre enfants à l'évaluation d'études
génétiques qui peuvent aider au diagnostic ou à la prévention de la
maladie dont il souffre ou que présente un membre de la famille.

Le Docteur nous a expliqué la nature des
études qui seront effectuées sur son sang, notamment le fait qu'elles
fassent appel aux techniques de biologie moléculaire, qu'elles peuvent
s'étendre sur plusieurs années, et que ce prélèvement sera conservé le
temps nécessaire dans la banque d'ADN du Centre de Génétique
Humaine.

Nous autorisons le recueil, la saisie et le traitement de données
contenues dans son dossier médical. Nous avons été informés que
nous disposons d'un droit de regard et de rectification à ces diverses
données.

Seul le Docteur ou les personnes
mandatées par lui, pourront avoir accès à ces informations et procéder
aux examens dont il nous a parlé, dans l'objectif auquel nous avons
souscrit.

Avec notre accord, l'ADN de notre enfant, éventuellement excédentaire,
pourra être stocké et utilisé à des fins de recherche.

- Oui
- Non

Fait à, le

Signature et cachet du Médecin
des parents

Signature

Consentement de prélèvement dans un but d'étude génétique et/ou de conservation dans la banque d'ADN (personne majeure)

Je soussigné(e)
demeurant à autorise le
Docteur à effectuer ou faire effectuer les
études génétiques qui peuvent aider au diagnostic ou à la prévention
de la maladie dont je souffre ou que présente un membre de ma
famille.

Le Docteur m'a expliqué la nature des études
qui seront effectuées sur mon sang, notamment le fait qu'elles fassent
appel aux techniques de biologie moléculaire, qu'elles peuvent
s'étendre sur plusieurs années, et que ce prélèvement sera conservé le
temps nécessaire dans la banque d'ADN du Centre de Génétique
Humaine.

J'autorise le recueil, la saisie et le traitement de données contenues
dans mon dossier médical. J'ai été informé(e) que je dispose d'un droit
de regard et de rectification à ces diverses données.

Seul le Docteur ou les personnes
mandatées par lui, pourront avoir accès à ces informations et procéder
aux examens dont il m'a parlé, dans l'objectif auquel j'ai souscrit.

Avec mon accord, l'ADN éventuellement excédentaire pourra être
stocké et utilisé à des fins de recherche.

- Oui
- Non

Fait à, le

Signature et cachet du Médecin
Signature de l'intéressé



**Institut de
Pathologie et de
Génétique, Asbl**

Avenue Georges Lemaître, 25
6041 Charleroi (Gosselies)

Tél. : + 32 (0) 71/47.30.47 @-mail : ipg@ipg.be
Fax : + 32 (0) 71/47.15.20 Site : www.ipg.be

Centre de Génétique Humaine

Tél : +32(0)71/44.71.81

Fax : +32(0)71/34.78.61

PROF. C. VERELLEN – DUMOULIN
PROF. K. DAHAN
DR A. DESTREE
DR D. LEDERER
PROF. I. MAYSTADT
DR S. MOORTGAT
DR D. ROLAND
DR U. ULLMANN

**CONSETEMENT DE PRELEVEMENT DANS UN BUT D'ETUDE
GENETIQUE ET/OU DE CONSERVATION DANS LA BANQUE D'ADN**

Un exemplaire doit être remis à la personne qui a accepté le prélèvement.

Je soussigné(e)..... parent de l'enfant
demeurant à

autorise le Docteur..... à effectuer, ou faire effectuer les études génétiques qui peuvent aider au diagnostic ou à la prévention de la maladie dont je souffre, ou que présente un membre de ma famille. Toute autre exploration doit faire l'objet d'un nouvel assentiment de ma part.

Le Docteur m'a expliqué la nature des études qui seront effectuées sur mon sang, notamment le fait qu'elles font appel aux techniques de biologie moléculaire, qu'elles peuvent s'étendre sur plusieurs années, et que ce prélèvement sera conservé le temps nécessaire. Il m'a aussi informé(e) des résultats susceptibles d'être obtenus et de leurs multiples conséquences.

J'autorise l'éventuelle utilisation des échantillons d'ADN afin de progresser dans la connaissance de la maladie.

J'autorise le recueil, la saisie et le traitement des données contenues dans mon dossier médical, en toute confidentialité. J'ai été informé(e) que, je dispose d'un droit d'accès et de rectification, par l'intermédiaire du Médecin que j'aurai désigné à cet effet.

Seul le Docteur.....ou les personnes mandatées par lui, pourront avoir accès à ces informations et procéder aux examens dont il m'a parlé, dans l'objectif auquel j'ai souscrit.

Dûment informé(e) des implications de ces études, j'ai :

Demandé..... Refusé..... que les résultats de ces études me soient communiqués. Je pourrai, à tout moment, réviser ma position à cet égard et, si je le désire, demander que le prélèvement de sang qui m'a été fait ou les produits de celui-ci, notamment l'ADN soit détruit.

Fait à Gosselies, le/...../.....

Signature et nom du praticien

Signature de l'intéressé(e)



**Institut de
Pathologie et de
Génétique, Asbl**

Avenue Georges Lemaitre, 25
6041 Charleroi (Gosselies)

Tél. : + 32 (0) 71/47.30.47 @-mail : ipg@ipg.be
Fax : + 32 (0) 71/47.15.20 Site : www.ipg.be

Centre de Génétique Humaine

Tél : +32(0)71/44.71.81

Fax : +32(0)71/34.78.61

PROF. C. VERELLEN – DUMOULIN
PROF. K. DAHAN
DR J. DESIR
DR A. DESTREE
DR D. LEDERER
PROF. I. MAYSTADT
DR S. MOORTGAT
DR D. ROLAND
DR U. ULLMANN

**CONSENT FORM IN ORDER TO REALISE GENETIC STUDY
AND/OR CONSERVATION IN THE DNA BANK**

A copy must be given to the person who accepted the sample to be taken.

I the undersigned..... parent of the child
living in

is authorizing Doctor..... to realize, or to have realised genetic studies that can help to the diagnosis or to the prevention of the illness a member of my family or myself is suffering. Another new consent from me has to be done for every other investigation.

Doctorexplained to me the nature of the studies that will be done with my blood, among others the fact that they will use molecular biology techniques, that they could require several years to be done, and that the sample will be kept as long as needed. He also informed me of the possible results and their numerous consequences.

I authorise the possible use of the DNA samples in order to improve in the knowledge of the illness.

I authorize the gathering and the treatment of my medical file data, with respect of confidentiality. I have been informed that I have the right to access and to modify the data through the Doctor I choose for.

Only Doctor..... or the people he will name could have access to the data and perform the analysis he told me about, aiming to what I signed for.

Duly informed about the consequences of these studies, I :

Asked..... refused..... for these studies results to be passed on to me. I can change my mind about it anytime I'd like and if I want to, I can also ask for the blood sample that has been taken, or the products it's resulting in (for example DNA) to be destroyed.

Done in Gosselies,/...../

Doctor's signature and name

Patient's signature and name