

**Formulaire 1a:** *Consentement éclairé à des tests génétiques du mélanome de la choroïde*

Le but de mon test d'ADN est de rechercher une ou des mutation(s) ou des altérations génétiques connues comme étant associées au pronostic de survie chez les patients atteints du mélanome de la choroïde. Je comprends que ce test exige des échantillons de la tumeur et de sang (ou d'autres échantillons normaux) servant au(x) test(s) pronostique(s).

**En signant ci-dessous, je reconnais que :**

1. Ma participation à ce(s) test(s) d'ADN est volontaire. La décision de consentir au(x) test(s) ci-dessus ou de le(s) refuser me revient entièrement.
2. Ce(s) test(s) est/sont exécuté(s) sur de petits échantillons biologiques.
3. Il est possible que la quantité ou la qualité de l'échantillon soumis soit insuffisante pour l'exécution du ou des tests.
4. Je comprends que les tests génétiques pronostiques du mélanome de la choroïde ne sont pas entièrement prédictifs. Les patients ayant un bon pronostic peuvent développer une maladie métastatique (quoique rarement) et vice versa.
5. Impact Genetics divulguera les résultats du ou des tests UNIQUEMENT au spécialiste désigné sur le formulaire de réquisition (**Formulaire 1b**), ou à son agent(e), à moins d'une autorisation contraire du patient ou de la patiente ou que la loi l'exige. À l'exception de ce qui est décrit au point 9 ci-dessous, aucun renseignement divulguant l'identité du patient ou de la patiente ni aucun autre renseignement confidentiel ne seront imprimés ou publiés.
6. Impact Genetics n'est pas une banque d'ADN et les échantillons d'ADN du patient ou de la patiente peuvent ne pas être disponibles pour des tests ultérieurs.
7. Il est possible que le(s) test(s) puisse(nt) révéler des anomalies inattendues pouvant avoir un impact sur les soins médicaux du patient ou de la patiente. Impact Genetics en informera le spécialiste référant désigné ci-dessous.
8. Jusqu'à ce que le rapport soit émis, le patient ou la patiente devrait continuer de passer les examens demandés par le spécialiste référant.
9. Si un remboursement des frais du ou des test(s) s'impose, Impact Genetics, ses agents et représentants légaux pourront divulguer les renseignements identifiant le patient ou la patiente ou d'autres renseignements confidentiels (dont les résultats du ou des tests).
10. J'ai lu ou on m'a lu les renseignements ci-dessus et je les comprends. J'ai également lu les explications de la condition ou de la maladie particulière faisant l'objet de test(s), ou on m'a l'expliqué le(s) test(s) spécifique(s) que je passe, notamment la description du ou des tests, ses ou leurs principes et limites. J'ai eu l'occasion de discuter des buts et des risques possibles de ce(s) test(s) avec mon médecin ou une personne désignée par mon médecin

**Consentement à de futures recherches :**

Après la complétion de toutes les analyses requises pour atteindre un diagnostic génétique, je consens à ce qu'Impact Genetics utilise tout surplus d'ADN de façon **anonyme** à des fins de recherche.

OUI    NON

Signature du patient/de la patiente : \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_\_

Signature du témoin : \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_\_