



impact genetics

Formulaire 1a: Consentement éclairé à des tests génétiques

Le but de mon test d'ADN/du test d'ADN de mon enfant est de rechercher une/des mutation(s) ou des altérations génétiques connues comme étant associées à la condition ou la maladie génétique suivante : _____.

En signant ci-dessous, je reconnais que :

1. Ma participation ou, le cas échéant, la participation de mon enfant 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 ou ne permette pas l'identification d'une mutation.
4. Lorsque le(s) test(s) d'ADN montre(nt) une mutation ou une altération, la personne est alors porteuse ou atteinte de cette condition ou maladie. Dans le cas du dépistage génétique du cancer, la personne est porteuse d'une mutation ou altération pouvant être associée à un risque accru de certain(s) cancer(s) comparativement à la population générale. Il est recommandé de consulter un médecin ou un conseiller en génétique pour comprendre la signification de ces résultats et savoir si d'autres tests peuvent être nécessaires.
5. Lorsque le(s) test(s) d'ADN ne montre(nt) pas de mutation ou d'altération connue, les chances que la personne soit porteuse ou atteinte sont réduites. Dans le cas du dépistage génétique du cancer, le risque que la personne soit atteinte de certain(s) cancer(s) comparativement à la population générale dépendra aussi de facteurs personnels. Il existe toutefois une possibilité d'être une personne porteuse ou une personne atteinte parce que le(s) test(s) actuel(s) ne peu(ven)t pas trouver tous les changements possibles dans un gène.
6. 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 11 ci-dessous, aucun renseignement divulguant l'identité du patient ou de la patiente ni aucun autre renseignement confidentiel ne seront imprimés ou publiés.
7. Impact Genetics n'est pas une banque d'ADN et les échantillons d'ADN du/de la patient(e) peuvent ne pas être disponibles pour des tests ultérieurs.
8. Une erreur de diagnostic peut survenir si les véritables liens biologiques des membres de la famille ne sont pas ceux déclarés dans le pedigree soumis dans le formulaire de réquisition (**Formulaire 1b**). Il est possible que le(s) test(s) révèle(nt) une non-paternité (quelqu'un qui n'est pas le père biologique) ou certains renseignements encore inconnus au sujet des liens familiaux, telle une adoption, et je consens à que cette observation soit incluse dans le rapport fourni au spécialiste référant désigné ci-dessous.
9. 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.
10. Jusqu'à ce que le rapport soit émis, le patient ou la patiente et les membres de sa famille devraient continuer de passer les examens demandés par le spécialiste référant.
11. 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).
12. 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 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 ou d'ARN de façon **anonyme** à des fins de recherche. Aucun test ne sera exécuté sur mon échantillon ou ne fera l'objet d'un rapport autre que celui ou ceux autorisé(s) par mon médecin.

OUI NON

Signature du patient/de la patiente : _____ Date : _____

Signature du témoin : _____ Date : _____