

DONNÉES DU PATIENT

NOM _____ N° ID national (n° carte d'identité) _____
 PRÉNOM _____ TÉLÉPHONE _____
 DATE DE NAISSANCE _____ SEXE: HOMME FEMME
 ADRESSE _____ CP _____
 VILLE _____ PAYS _____
 DONNÉES CLINIQUES RELEVANTES _____

DONNÉES DE L'ECHANTILLON (TYPE d'échantillon/N°)

Muqueuse buccale (salive)/N°: ____ Liq. amniotique/N°: _____
 Sang périphérique/N°: _____ Sérum/N°: _____
 Exsudat /N°: _____ ADN/N°: _____
 Autre: _____

VOTRE RÉFÉRENCE DE L'ECHANTILLON: _____

 ÉTIQUETTE D'IDENTIFICATION
 (par GENYCA)

DONNÉES DU MÉDECIN DEMANDEUR

NOM _____ N° D'AFFILIATION _____
 CENTRE _____ SPÉCIALITÉ _____
 ADRESSE _____ CP _____
 VILLE _____ PAYS _____
 TÉLÉPHONE _____ DATE DE LA DEMANDE _____ SIGNATURE: _____
 E-MAIL _____

ANALYSE GÉNÉTIQUE MOLÉCULAIRE DEMANDÉE
ENVOI DES RÉSULTATS

DESTINATAIRE: MÉDECIN MÉDECIN + PACIENT
 MODE D'ENVOI: E-MAIL PAPIER
 E-MAIL DU PATIENT _____
 E-MAIL DU MÉDECIN _____

DONNÉES DE FACTURATION (Si différents aux données du patient)

NOM / RAISON SOCIALE _____ ID FISCAL _____
 ADRESSE _____ CP _____
 VILLE _____ PAYS _____
 E-MAIL _____ TÉLÉPHONE _____

CHAÎNE DE TRAÇABILITÉ

PRÉLÈVEMENT
 DATE _____
 PRÉLÈVEMENT FAIT PAR _____

ENVOI DE L'ECHANTILLON _____
 RÉCEPTION DE L'ECHANTILLON
 DATE _____ RÉCEPTIONÉ PAR _____

SGC _____

DATE ESTIMÉE DU RAPPORT _____

CONT. | E | Tr | Tj | _____

LE PATIENT DOIT SIGNER LE CONSENTEMENT ÉCLAIRÉ EN PAGE 2



DÉCLARATION DE CONSENTEMENT ÉCLAIRÉ EN VUE D'ANALYSES GÉNÉTIQUES

Après avoir été dûment informé par mon médecin prescripteur et avoir signé le présent formulaire ou la prescription que j'apporte, et après la lecture de ce document, je déclare être satisfait des informations reçues, et que j'ai bien comprises. Celles-ci sont:

- L'indication, la finalité, les caractéristiques, les conséquences et les limites de l'analyse génétique à laquelle je (ou la personne que je représente) vais me soumettre. Il m'a également été permis de faire toutes les observations que j'ai jugées opportunes et j'ai obtenu toutes les réponses aux questions que j'ai posées.
- Que les renseignements personnels soumis et recueillis dans le présent document sont exactes, fiables et applicables par le centre.
- Que j'autorise le traitement de mes données personnelles tel que décrit dans la note en bas de page "Confidentialité" du présent document.
- Que l'échantillon biologique que je fournis sera utilisé exclusivement pour l'analyse demandée au centre.
- Que, par impératif légal, je dois signer cette déclaration de consentement éclairé pour que le laboratoire puisse effectuer ce test.
- Que, exceptionnellement et pour des raisons biologiques (en termes qualitatifs et/ou quantitatifs) et étrangères au laboratoire d'analyse, un résultat de l'échantillon apporté peut ne pas être obtenu. Chaque cas sera examiné.
- Qu'exceptionnellement on pourra me demander un nouvel échantillon.
- Qu'exceptionnellement le résultat obtenu peut être non concluant.
- Que l'analyse à laquelle je vais me soumettre n'écartera pas des pathologies non étudiées par cette analyse, ou indétectables en raison des limites inhérentes à la technique utilisée.
- Que je peux révoquer ce consentement par écrit à tout moment du processus, sans me dispenser du paiement de l'analyse demandée dans ce formulaire.
- Que j'autorise le laboratoire à me transmettre le rapport suivant les conditions énoncées dans ce document, et précise qu'en aucun cas le laboratoire fournira les résultats de l'analyse par téléphone.
- Que j'autorise le laboratoire, une fois les processus d'analyse terminés, à utiliser le reste de l'échantillon et/ou les résultats obtenus, lors de procès de qualité internes et externes, ou à des fins de recherche, toujours de manière anonyme, mes données personnelles étant éliminées de tout rapport ou publication.

Dans ces conditions et de façon volontaire, J'AUTORISE que l'analyse génétique demandée soit effectuée (à moi ou à la personne que je représente), en signant ce document.

NOM DU SIGNATAIRE _____

Si le patient est mineur ou nécessite une représentation légale pour d'autres raisons, détailler la
RELATION AVEC LE PATIENT (joindre les documents officiels qui attestent de la
représentation légale ainsi que vos documents d'identité personnels): _____

N° ID national (n°
carte d'identité) _____

DATE _____

SIGNATURE:

CONFIDENTIALITÉ: Les renseignements personnels fournis dans le présent document seront intégrés dans un fichier automatisé inscrit au Registre Général de la Protection des Données et dont le seul responsable est GENYCA INNOVA Análisis y Diagnóstico Genético SL. Ces données seront traitées de manière confidentielle et sont tenues au secret professionnel, toujours en conformité avec les dispositions de la loi 15/1999 sur la Protection des Données Personnelles, et en suivant les lignes directrices établies par la Déclaration Internationale sur les Données Génétiques Humaines de l'UNESCO. GENYCA répond aux exigences actuelles en matière de protection des données personnelles, en gardant les mesures de sécurité appropriées, à la fois techniques et organisationnelles. GENYCA ne communiquera ni ne transmettra ces informations à une entité ou entreprise, sauf dans les cas prévus par la loi. Le requérant peut exercer son droit d'accès, de rectification, d'annulation et d'opposition en écrivant à GENYCA, C / Alegria 18, Madrid 28220, Espagne ou à l'email info@genyca.es. Tant que le contraire ne soit pas communiqué, il est entendu que les renseignements fournis dans ce formulaire sont corrects, que le patient s'engage à notifier tout changement, et que GENYCA possède le consentement d'utiliser ces renseignements afin d'assurer le service requis et pouvoir traiter la facturation du même.