

Consentement en vue d'un examen des caractéristiques génétiques d'une personne الموافقة على دراسة الخصائص الوراثية للشخص

- Une copie à envoyer au laboratoire avec le prélèvement
- Une copie à conserver dans le dossier médical
- Une copie à donner au patient ou tuteur légal

- نسخة ترسل إلى المختبر مع العينة
- نسخة يحتفظ بها في الملف الصحي
- نسخة تعطى للمريض أو الوصي القانوني

CADRE A REMPLIR PAR LE MEDECIN TRAITANT

إطار يملأ من طرف الطبيب المعالج

Je soussigné (e), Docteur
certifie avoir reçu en consultation ce jour le (la) patient(e)
sousnommé(e) afin de lui apporter les informations sur les
caractéristiques de la maladie recherchée, des moyens de la
détecter, des possibilités de prévention et de traitement.

أنا الموقع أسفله، الدكتور
أشهد أنني تلقيت للفحص اليوم، المريض المذكور أسفله،
لإعطائه المعلومات عن خصائص المرض، وسائل الكشف
وفرص الوقاية والعلاج.

Fait à
Le

Signature et cachet du médecin
إمضاء وختم الطبيب

حرر في
بتاريخ

CADRE A REMPLIR PAR LE PATIENT OU TUTEUR LEGAL

إطار يملأ من طرف المريض أو الوصي القانوني

Je soussigné(e)
né(e) le
Demeurant à

أنا الموقع أسفله،
المولود في
القاطن بـ

Reconnais avoir reçu du Dr
Les informations sur les examens des caractéristiques génétiques qui
seront réalisés afin :

- ☐ de confirmer ou d'infirmer le diagnostic d'une maladie génétique en relation avec mes symptômes ;
- ☐ de confirmer ou d'infirmer le diagnostic pré-symptomatique d'une maladie génétique ; d'identifier un statut de porteur sain (recherche d'hétérozygote ou d'un remaniement chromosomique);
- ☐ d'évaluer ma susceptibilité génétique à une maladie ou à un traitement médicamenteux.

أقر أنني تلقيت من طرف الطبيب
معلومات عن فحوصات الخصائص الوراثية التي سيتم القيام
بها من أجل:
☐ تأكيد أو نفي تشخيص المرض الوراثي المتعلق بالأعراض
الظاهرة علي؛
☐ تأكيد أو نفي تشخيص سابق لأعراض مرض وراثي، تحديد
حالة الناقل الصحي (بحث متغايرة الزيجوت أو خلل صبغي)؛
☐ تقييم قابليتي الوراثية للمرض أو للعلاج بالأدوية.

Pour cela, je consens :

- ☐ au prélèvement qui sera effectué chez moi.
- ☐ au prélèvement qui sera effectué chez mon enfant mineur ou une personne majeure sous tutelle.
- ☐ au prélèvement qui sera effectué chez mon fœtus.

لهذا، أنا أوافق على:
☐ العينة التي سيتم أخذها مني.
☐ العينة الدم التي سيتم أخذها من طفلي القاصر أو البالغ تحت
الوصاية.
☐ العينة التي سيتم أخذها من جنيني.

Je suis informé(e) que les résultats de l'examen des caractéristiques
génétiques me seront transmis par le Docteur susnommé dans le cadre
d'une consultation individuelle. ☐ Oui ☐ Non

أنا على علم بأن نتائج دراسة الخصائص الوراثية سوف أتلقيها
عن طريق الطبيب المذكور أعلاه في إطار استشارة فردية.

☐ نعم ☐ لا
أرخص استعمال نتائج دراسة الخصائص الوراثية ومعطياتي
السريية والبيولوجية مجهولة الهوية لأغراض البحث العلمي:
☐ نعم ☐ لا

J'autorise l'utilisation des résultats, des données cliniques et biologiques
anonymisées de ce test à des fins de recherche scientifique: ☐ Oui ☐ Non

إذا تبقى جزء من العينة غير مستخدمة بعد الفحص، أرخص للمختبر أن
يستخدمها لأغراض البحث العلمي:
☐ نعم ☐ لا

Si une partie de mon prélèvement reste inutilisée après examen,
j'autorise son utilisation à des fins de recherche scientifique: ☐ Oui ☐ Non

Fait à
Le

حرر في
بتاريخ

Signature du patient adulte ou du représentant légal de
l'enfant mineur ou du tuteur légal de l'adulte sous tutelle:

توقيع المريض البالغ أو الوصي القانوني للطفل
القاصر أو الوصي القانوني للبالغ تحت الوصاية: