

CONSENTEMENT CONCERNANT UNE ANALYSE DE GÉNÉTIQUE MOLÉCULAIRE POUR DIAGNOSTIC PRÉNATAL
---

Je soussigné, \_\_\_\_\_,

Je soussignée \_\_\_\_\_ après avoir reçu les informations nécessaires du Dr \_\_\_\_\_ sur la maladie \_\_\_\_\_ accepte que soit réalisée sur mon/notre fœtus une analyse génétique pour diagnostic prénatal.

Je consens au recueil, à la saisie et au traitement des données contenues dans le dossier médical par des personnes tenues au secret professionnel. Ces données resteront strictement confidentielles. Je n'en autorise la consultation qu'aux personnes qui collaborent à l'analyse. Je pourrai à tout moment demander que l'analyse soit suspendue et à cette fin les données concernant ce diagnostic prénatal devront être détruites. Je peux exercer mon droit d'accès aux données par l'intermédiaire du médecin de mon choix.

Le coût des analyses génétiques est pris en charge par l'INAMI dans la plupart des situations. **Si vous n'êtes pas couvert par une mutuelle ou une assurance**, les frais (pouvant aller jusqu'à environ 1500 euros selon l'analyse) vous seront imputés.

\_\_\_\_\_  
Signature

\_\_\_\_\_  
Date et lieu

\_\_\_\_\_  
Signature de la personne qui procure l'information

\_\_\_\_\_  
Date et lieu