

Laboratoire de biologie cellulaire et moléculaire – CNR Papillomavirus
CHRU Besançon – PC BIO R+2 - Boulevard Fleming - 25030 Besançon cedex
Tel. 03.70.63.20.49 - fax 03.70.63.20.47 – secretariat-bcm@chu-besancon.fr

**Consentement pour une étude génétique à visée diagnostique et/ou de conservation d'échantillons biologiques et de leurs dérivés chez une personne majeure*/chez une personne mineure*
(*rayer la mention inutile)**

Je soussigné(e): _____ né(e) le: ____/____/____

agissant en tant que titulaire de l'autorité parentale pour l'enfant: _____
né(e) le: ____/____/____

autorise le Docteur: _____

à effectuer un prélèvement chez moi*/mon enfant* (*rayer la mention inutile) à des fins d'études génétiques.

J'autorise l'analyse de mon prélèvement pour réaliser le diagnostic de la maladie dont je souffre ou que présente(nt) un (ou plusieurs) membre(s) de ma famille et son stockage aussi longtemps que nécessaire à ce diagnostic.

J'autorise le stockage et l'utilisation de mon prélèvement et de ses dérivés pour des recherches sur la maladie dont je souffre.

J'ai compris:

- La nature des études qui seront effectuées, notamment le fait qu'elles font appel aux techniques de génétique moléculaire, qu'elles peuvent s'étendre sur plusieurs années et que ce prélèvement sera conservé le temps nécessaire;
- qu'à tout moment je peux demander que les prélèvements me soient restitués ou soient détruits;
- que les explorations seront limitées à la maladie dont je souffre;
- qu'en l'état actuel des connaissances médicales, les techniques utilisées ne permettent pas dans tous les cas d'aboutir à un diagnostic de certitude;
- qu'à tout moment je peux demander que l'étude soit interrompue ou que les résultats ne me soient pas communiqués.

Les résultats de cette étude seront communiqués à moi seul par le Docteur _____

Fait à _____, le _____

Signature du Médecin prescripteur

Signature de l'intéressé(e)

.....

.....

PROTOCOLE POUR LA RECHERCHE D'ADN CIRCULANT

Le délai maximum entre le prélèvement et la centrifugation est 4 h.

- Sang total EDTA (tube mauve), 4 tubes de 5 mL bien remplis
- A distance des repas (au mieux à jeun)
- Faire signer le consentement par le médecin et le patient
- Imprimer et remplir la feuille de demande
- Centrifuger les tubes de sang à 1200 g, 10 min à 4°C
- Prélever le plasma en laissant une marge de 1 cm au-dessus du culot cellulaire pour ne pas prélever de cellules
- Centrifuger les tubes à 16000 g, 10 min à 4°C
- Aliquoter en tubes Eppendorf 1,2 mL de plasma, sans prélever le culot
- Congeler immédiatement à -20°C
- Transport des tubes de plasma IMPERATIVEMENT à -20°C

Pas de réception des prélèvements le week-end