



FORMULAIRE DE CONSENTEMENT POUR ANALYSE GÉNÉTIQUE MOLÉCULAIRE

Date : _____
AAAA/MM/JJ

Je soussigné(e), _____, consens par la présente à participer à une analyse pour _____, utilisant un test d'ADN. Je permets le prélèvement d'échantillons biologiques sur moi-même/ mon enfant mineur, _____, devant être utilisés pour une analyse d'ADN pour la maladie mentionnée ci-haut.

Je comprends que :

1. Les résultats de cette analyse seront révisés par le professionnel médical du centre universitaire de santé McGill (CUSM) et seront rapportés que par un médecin, une conseillère en génétique ou autre professionnel génétique.
2. Il/elle m'a expliqué le test d'ADN et que son exactitude peut-être moins de 100%.
3. Une erreur dans le diagnostic de l'état de la maladie peut se produire si le lien biologique réel des membres de la famille, passant le test ne sont pas comme je l'ai indiqué. Par exemple, une non-paternité peut être détectée (c'est-à-dire, le nom du père mentionné d'une personne n'est pas le vrai père biologique).
4. Un diagnostic erroné chez un membre d'une famille peut aussi mener à un diagnostic inexact chez d'autres personnes parentes qui passent le test.
5. Les résultats du test sont pour mon utilité seulement, mais ces résultats peuvent être utilisés pour l'interprétation de résultats chez d'autres membres de ma famille sans que mon nom et identité ne soient mentionnés.
6. La participation à une analyse d'ADN est entièrement volontaire.

Cochez conformément

De plus, je comprends que mes résultats peuvent bénéficier autres membres de la famille et je donne /
 ne donne pas la permission de partager mon information génétique avec d'autres membres de la famille.

Si une technologie nouvelle appropriée devenait disponible, je donne/ ne donne pas la permission pour que mon échantillon d'ADN / l'échantillon d'ADN de mon enfant soit utilisé dans le futur pour d'autres analyses pour la même condition ou d'autres conditions.

Je donne/ ne donne pas la permission pour que mon échantillon d'ADN / l'échantillon d'ADN de mon enfant soit anonymisé et utilisé comme échantillon de contrôle pour la même condition ou d'autres conditions.

Signature : _____

Date : _____
AAAA/MM/JJ

Témoïn : _____

Date : _____
AAAA/MM/JJ



**INFORMED CONSENT FOR MOLECULAR
GENETIC TESTING**

Date: _____
YYYY/MM/DD

I, the undersigned, _____, hereby agree to participate in testing for _____, using a DNA-based test. I give permission to collect biological samples from myself / my minor child, _____, to be used for DNA testing for the disease listed above.

I understand that:

1. The results of this testing will be reviewed by the health care professional staff of the McGill University Health Centre (MUHC) and *will be reported to me only through a physician, genetic counselor, or certified genetics professional.*
2. DNA testing has been explained to me and I understand that the accuracy of the test may be less than 100%.
3. An error in the diagnosis of disease status may occur if the true biological relationships of the family members being tested are different from what I have stated. For example, non-paternity may be detected (that is, the stated father of an individual is not the true biological father).
4. Any erroneous diagnosis in a family member may also lead to an incorrect diagnosis for other related individuals who are being tested.
5. The test results are for my use only, but these results may also be used in the interpretation of results for other members of my family without my name and identity being mentioned.
6. Participation in DNA testing is completely voluntary.

Check as appropriate

In addition, *I understand that my results may enable other family members to benefit from genetic testing.* I give / do not give my consent to share my genetic information with other family members.

Should appropriate new technology become available, I give/ do not give permission for my DNA sample/my child's DNA sample to be used in the future for further testing for the same condition or other conditions.

I give/ do not give permission for my DNA sample/my child's DNA sample to be anonymized and used as a control sample for the same condition or other conditions.

Signature: _____

Date: _____
YYYY/MM/DD

Witnessed by: _____

Date: _____
YYYY/MM/DD