



**Hôpitaux Universitaires  
La Pitié-Salpêtrière - Charles Foix**

47-83 Boulevard de l'Hôpital  
75651 PARIS Cedex 13  
Standard : 01.42.16.00.00

**POLE DE BIOLOGIE MEDICALE ET  
PATHOLOGIE**

Pr. Jean-Marc LACORTE (Coordonnateur Médical)  
Christine DEGOUD (Coordonnateur Paramédical)

**DEPARTEMENT DE GENETIQUE**

**Chef du Département :**  
**Pr. Eric LEGUERN**

**CONSULTATION D'ONCOGENETIQUE**

**Médecins consultants**

Dr. P. BENUSIGLIO  
[patrick.benusiglio@aphp.fr](mailto:patrick.benusiglio@aphp.fr)  
Dr. V. CUSIN  
[veronica.cusin@aphp.fr](mailto:veronica.cusin@aphp.fr)  
Pr. F. SOUBRIER  
[florent.soubrier@aphp.fr](mailto:florent.soubrier@aphp.fr)

**Conseillère en génétique**

M. WARCOIN  
[mathilde.warcoin@aphp.fr](mailto:mathilde.warcoin@aphp.fr)  
01 42 17 79 21

**Psychologue**

C. BOUCHER  
01 42 17 76 59

**Secrétariat**

V. GERBER  
01 42 17 76 59  
Fax : 01 42 16 13 64  
[valerie.gerber@aphp.fr](mailto:valerie.gerber@aphp.fr)

**Prise des RDV : 01 42 16 13 95**

**Adresse postale**

Consultation de Génétique  
Bâtiment Rééducation  
Groupe hospitalier Pitié-Salpêtrière  
47/83, bd de l'hôpital  
75651 PARIS Cedex 13

**Autres Sites de consultation**

Hôpital Saint Antoine  
01 49 28 29 37  
Hôpital Tenon  
01 56 01 64 42

**EXAMEN DES CARACTERISTIQUES GENETIQUES**

**Consentement pour une personne majeure**

(établi en 2 exemplaires : 1 pour l'intéressé et 1 à conserver dans le dossier médical)

Je, soussigné(e) (nom, prénom) .....

né(e) le ..... certifie

avoir reçu du Dr..... une information compréhensible concernant la  
prédisposition génétique au cancer.

J'ai compris qu'une analyse génétique m'est proposée à partir d'un prélèvement sanguin. Cette  
analyse a pour but de déterminer si je suis porteur d'une anomalie génétique favorisant la  
survenue d'un cancer.

Les résultats de cette analyse me seront transmis au cours d'une consultation par le médecin  
prescripteur. Ils resteront confidentiels et ne pourront être communiqués qu'au(x) médecin(s)  
que je désignerai.

J'ai compris qu'en cas de mutation identifiée permettant des mesures de prévention ou de soin,  
je serai dans l'obligation d'informer, directement, ou par l'intermédiaire du médecin, les  
membres de ma famille potentiellement concernés et, qu'en cas de refus, ma responsabilité  
pourra être engagée.

J'accepte que mes résultats soient utilisés pour faciliter la réalisation de tests génétiques chez  
les membres de ma famille qui en feraient la demande.

J'ai eu la possibilité de poser toutes les questions que je souhaitais. J'ai bien compris les  
implications possibles du test génétique et pourrai obtenir toute information complémentaire  
auprès du médecin cité ci-dessus.

Je peux à tout moment décider de ne pas poursuivre cette démarche en informant par écrit le  
médecin désigné ci-dessus. Cette décision ne modifiera en rien ma prise en charge médicale.

J'accepte que mes échantillons biologiques soient conservés et utilisés à des fins de recherche  
médicale dans le cadre des prédispositions au cancer, sans limitation de temps.

J'accepte l'ensemble des points ci-dessus :

OUI

NON

Fait à ..... le .....

Signature

Signature du médecin

Les dispositions légales concernant ce document sont décrites dans l'article R1131-4 du Code de Santé Publique, la Loi  
du 07/07/2011 relative à la bioéthique et le décret du 22/06/2013.

Nous vous rappelons que les données vous concernant peuvent faire l'objet d'un traitement informatique et sont  
protégées par les dispositions de la loi «informatique et libertés » (Loi n°78-17 du Janvier 1978, modifiée). Vous  
disposez à tout moment d'un droit d'accès et de rectification.