



UMassMemorial

Laboratories

Consentement et Réquisition de Diagnostiques Moléculaires

UMass Memorial Medical Center, Inc.
One Biotech, 365 Plantation St., Worcester, MA 01605
Service client : 800-476-4431

ÉTIQUETTES A CODES BARRES

DATE DE COLLECTION ___/___/___

HEURE DE COLLECTION ___ AM / PM

INFORMATIONS SUR LE PATIENT

Table with patient information fields: NOM DE FAMILLE DU PATIENT, PRENOM, M.I., DATE DE NAISSANCE, ADRESSE, VILLE, ETAT, CODE POSTAL, SOC. SEC #, NUMERO DE TELEPHONE. Includes checkboxes for Ma and Sc.

En signant ce formulaire, j'autorise le département UMMMC de Hospital Laboratories, ou leur laboratoire référant, à effectuer le(s) test(s) génétique(s) indiqué(s) :

Spécimen : _____ Date de collection : _____

Test(s) : _____

Je certifie avoir compris ce qui suit :

- 1. Ce test est volontaire et je retiens le droit de refuser de m'y soumettre.
2. Je dois fournir mon consentement informé avant de subir des tests diagnostiques qui visent à identifier des gènes, des anomalies génétiques héréditaires ou acquises, ou l'absence ou la présence de caractéristiques héréditaires ou acquises dans ma composition génétique (ADN, ARN, chromosomes ou protéines).
3. Le but de chaque test m'a été expliqué, y compris une description de la maladie ou de la condition pour lesquelles le teste est requis.
4. J'ai discuté des applications et des limites de chaque test requis (c'est-à-dire quelle est la signification de résultats de tests positifs ou négatifs) avec mon médecin.
5. Un faux- positif ou un faux- négatif sont possibles à la suite des tests, dans quel cas des tests supplémentaires peuvent s'avérer nécessaires pour confirmer ou affiner l'interprétation des résultats des tests.
6. Des erreurs de diagnostic peuvent également se produire lors d'études génétiques familiales si la relation biologique réelle des membres de ma famille n'est pas connue ou n'est pas telle que déclarée. Les tests génétiques peuvent suggérer la non-paternité et il peut s'avérer nécessaire d'obtenir un autre échantillon et/ou d'annoncer ce résultat au médecin traitant.
7. Un service de conseils en termes de génétique est important et m'est disponible. Je comprends que ce service m'est disponible par le biais de UMMMC Genetics Service (508-856-3949) ou :
8. Mon spécimen peut être transmis par le Département UMMMC de Hospital Laboratories à un autre laboratoire certifié pour la conduite de tests si les laboratoires UMMMC ne parviennent pas à effectuer le test souhaité.
9. Une archive du test effectué, comprenant les résultats du test, sera insérée dans mes archives médicales, ainsi que dans les archives médicales électroniques de l'hôpital. Les résultats sont confidentiels. Je comprends que des membres dûment autorisés du personnel UMMMC peuvent consulter les résultats et que ces résultats seront transmis à mon Médecin Traitant selon la politique d'UMMMC. Les frais encourus pour les tests, avec une indication de la nature du test, seront transmis à mon assureur santé.
10. J'ai eu l'opportunité de poser des questions concernant les tests demandés et il m'a été expliqué comment obtenir les résultats des tests.
11. Au terme des tests, une portion de mon spécimen peut être rendu anonyme et utilisé pour valider le test ou à des fins de recherche. Une fois que le matériel a été rendu anonyme, il n'est plus possible d'en identifier la source initiale.

SIGNATURE DU PATIENT OU DE SON REPRESENTANT LEGAL

NOM EN CARACTERES D'IMPRESSION

DATE

SIGNATURE DU TMOIN

NOM EN CARACTERES D'IMPRESSION

DATE