

LABORATOIRE DE BIOLOGIE MÉDICALE MULTISITE

Tel : 02.51.38.57.00  
[www.biogroup.fr/biorylis](http://www.biogroup.fr/biorylis)  
[info.biorylis@biogroup.fr](mailto:info.biorylis@biogroup.fr)

**CONSENTEMENT ÉCLAIRÉ EN VUE D'ANALYSES GÉNÉTIQUES ET CYTOGÉNÉTIQUES**  
PPT-E-011-V08 – Mars 2023

**Je soussigné(e)**.....  
**ai été informé(e) par** .....  
de la nature et des buts des examens qui vont être réalisés sur le prélèvement qui va m'être effectué,  
conformément aux dispositions des articles L. 1131-2 et R. 1131-5 du Code de la Santé Publique\*.

J'accepte que ce prélèvement soit conservé au laboratoire selon les exigences légales et que les résultats de ce bilan et toutes les informations me concernant soient également conservées dans le respect du secret médical.

Je sais que ces informations m'appartiennent et qu'elles ne peuvent être transmises à un tiers sans mon accord.

Fait à ..... Le .....

Signature du patient :

\* Décret n°2008-321 du 4 Avril 2008 & Arrêté du 27 mai 2013, complété par l'Arrêté du 8 décembre 2014.

*Au laboratoire, document à scanner dans le SIL dans le dossier du patient, à conserver au secrétariat (3 semaines)*