



**INSTITUT DE  
CARDIOLOGIE  
DE MONTRÉAL**



Nom, prénom : \_\_\_\_\_

Date de naissance : \_\_\_\_\_

Numéro de dossier : \_\_\_\_\_

Numéro de RAMQ : \_\_\_\_\_

Nom, prénom (mère) : \_\_\_\_\_

Nom, prénom (père) : \_\_\_\_\_

Numéro de famille : \_\_\_\_\_

*Adressographe*

## LABORATOIRE DE DIAGNOSTIC MOLÉCULAIRE

Institut de Cardiologie de Montréal

5000, rue Bélanger Est, C-1760

Montréal (Québec) H1T 1C8

Téléphone : 514 376-3330 poste 3712

Télécopieur : 514 593-2577

## Consentement pour un test génétique

Patient.e de moins de 14 ans

Les analyses génétiques sont effectuées dans le but d'identifier des changements génétiques, appelés des variants ou mutations, associés avec certaines conditions cardiaques et qui pourraient avoir des implications pour votre santé et celle de vos membres de famille.

Si le patient est âgé de moins de 14 ans ou est dans l'incapacité de donner son consentement, un parent ou une personne autorisée doit signer ce formulaire de consentement au nom du patient. Les résultats de l'analyse génétique seront communiqués au parent signataire ou à la personne autorisée.

### En signant ce formulaire de consentement, je comprends que :

1. J'accepte que mon échantillon (sang, ADN ou autre type d'échantillon) soit testé et que ce test n'est pas obligatoire.
2. Il est possible que mon médecin traitant soit appelé à transmettre à l'Institut de Cardiologie de Montréal de l'information provenant de mon dossier médical, tel que les résultats d'examen médicaux ainsi que mon histoire familiale, pour clarifier l'interprétation des résultats de mon analyse génétique. Nos connaissances concernant les maladies cardiovasculaires héréditaires sont en constante évolution. Il est donc possible que ces informations soient demandées dans les 25 prochaines années. En conséquence, il est recommandé que ma famille (et moi) maintenions nos contacts avec l'équipe du Laboratoire de diagnostic moléculaire de l'ICM et les centres spécialisés.
3. Il est possible que les résultats obtenus par l'analyse génétique ne puissent pas apporter de réponse définitive pour moi. Ces analyses ne sont pas conçues pour être les seules informations à être prises en considération dans le diagnostic et les décisions relatives à la prise en charge clinique.
4. Les objectifs, les limites, les risques et les avantages qui relèvent des tests génétiques m'ont été expliqués. J'ai eu l'opportunité d'obtenir des réponses à mes questions au sujet de l'analyse génétique.
5. Le délai attendu pour la complétion des analyses génétiques est de quelques mois. Le Centre de génétique cardiovasculaire contactera mon médecin ou moi-même afin de discuter des résultats. Compte tenu de la complexité de l'interprétation des résultats issus d'une analyse génétique, ainsi que des implications potentielles pour les membres de ma famille, un conseil génétique pourrait être recommandé au besoin.
6. Dans l'intérêt de l'avancement des connaissances sur les conditions cardiaques, les résultats sommaires pourraient être présentés, par exemple à des conférences scientifiques ou dans des publications. Des efforts soutenus seront faits afin d'assurer ma confidentialité.
7. Les résultats de mes analyses génétiques seront conservés au Laboratoire de diagnostic moléculaire du Centre de génétique cardiovasculaire de l'ICM ainsi que dans mon dossier médical au centre médical de mon médecin référent. Toute demande de communication de ces résultats à un autre médecin ou à des tiers ne sera exécutée que suite à mon consentement écrit, sauf si indication contraire selon la loi.
8. Les résultats de mes analyses peuvent être utilisés pour l'interprétation des analyses génétiques chez d'autres membres de ma famille.

### (SVP cocher selon votre choix)

Je permets  Je ne permets pas

qu' à l'avenir, le médecin traitant ou la conseillère génétique de l'ICM communiquent mes résultats à d'autres professionnels de la santé, si ceci peut aider dans le diagnostic des maladies similaires chez les membres de ma famille.

9. Je peux à tout moment décider de retirer mon consentement ou ne pas être avisé des résultats de mon analyse génétique en contactant le Laboratoire de diagnostic moléculaire au 514-376-3330 poste 3712 ou par courriel (ldm@icm-mhi.org). Cette décision n'affectera en aucun cas mon suivi médical actuel ou futur. Si je choisis de retirer mon consentement, des mesures seront prises afin que mon échantillon soit détruit si souhaité. Dans le cas où des analyses ont déjà été entamées avant le retrait de mon consentement, les résultats de ces analyses ne seront pas envoyés à mon dossier clinique.

### Analyses de laboratoire

10. Bien que l'analyse génétique puisse fournir une information de grande valeur, aucune analyse n'est fiable à 100 %. Dans de rares cas, il est possible que le laboratoire ait de la difficulté à analyser mon échantillon et qu'un deuxième échantillon soit requis pour compléter ces analyses.

### Usage ultérieur de l'échantillon

11. Une fois l'analyse complétée, mon échantillon peut être conservé et entreposé au Laboratoire de diagnostic moléculaire de l'ICM sur une période allant jusqu'à 50 ans. Ceci facilitera des analyses génétiques supplémentaires dues à l'avancement des connaissances, l'identification de nouveaux gènes et le développement de nouvelles technologies dans le domaine de la génétique cardiovasculaire. L'usage ultérieur de l'échantillon demeurera pour des fins cliniques seulement et non pas pour la recherche.

(SVP cocher ci-dessous selon votre choix. **Un seul choix permis**).

- J'accepte que mon échantillon soit utilisé à des fins cliniques et j'aimerais être informé (e) de tout résultat pertinent à ma propre santé ou celle de ma famille.
- J'accepte que mon échantillon soit utilisé à des fins cliniques, mais je ne souhaite pas être informé (e) des résultats obtenus dans ce contexte.
- Je n'accepte pas que mon échantillon soit utilisé à ces fins et je souhaite que l'échantillon soit détruit après les analyses demandées.

Si j'ai toute autre question, maintenant ou à l'avenir, je peux contacter le Laboratoire de diagnostic moléculaire au 514-376-3330 poste 3712.

Je comprends l'information incluse dans ce document et j'ai eu l'opportunité d'obtenir des réponses à mes questions. Je consens à l'utilisation indiquée dans ce document.

- 
- Signature du patient.e
- Représentant légal du patient.e de moins de 14 ans
- Tuteur légal de l'adulte sous tutelle

---

Date

---

Prénom et nom en lettres moulées du signataire

*J'ai expliqué l'analyse génétique proposée à la personne qui a consenti et j'ai répondu à ses questions.*

- Consentement obtenu verbalement

---

Signature du professionnel de la santé

---

Date