



**INSTITUT DE
CARDIOLOGIE
DE MONTRÉAL**



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

Nom, prénom : _____

Date de naissance : _____

Numéro de dossier : _____

Numéro de RAMQ : _____

Nom, prénom (mère) : _____

Nom, prénom (père) : _____

Numéro de famille : _____

Adressographe

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 variants ou mutations, qui sont associés à certaines conditions cardiaques. Ces résultats pourraient avoir des implications pour votre santé ainsi que pour celle des membres de votre famille.

Si le patient est âgé de moins de 14 ans ou est un majeur inapte à donner son consentement au test génétique, un parent ou une personne légalement autorisée doit signer ce formulaire de consentement en son nom. 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. Mon échantillon (sang, ADN, frottis buccal ou autre) sera analysé et que le test génétique reste facultatif.
2. Mon professionnel de la santé traitant pourrait transmettre à l'Institut de cardiologie de Montréal des informations issues de mon dossier médical, telles que des résultats d'examen médicaux, mon histoire familiale ou mon sexe assigné à la naissance, afin de clarifier l'interprétation des résultats de mon analyse génétique. Si des informations supplémentaires s'avèrent nécessaires, mon équipe soignante pourrait me contacter.
3. Dans de rares cas, le test génétique pourrait identifier, par hasard, des changements génétiques sans lien avec la condition pour laquelle le test a été demandé, mais pouvant avoir un impact sur ma santé ou celle d'une membre de ma famille (découvertes fortuites). Cette information serait incluse dans les résultats du test génétique et me serait communiquée par mon professionnel de la santé, selon les recommandations en vigueur.

Refus optionnel (patient majeur apte à consentir) :

☐ Je refuse qu'une découverte fortuite soit incluse dans le résultat et me soit communiquée.

4. Les résultats de mon analyse génétique pourraient ne pas fournir de réponse définitive. Ces analyses ne doivent pas être considérées comme la seule source d'information pour établir un diagnostic ou déterminer une prise en charge clinique.
5. Les connaissances sur les maladies cardiovasculaires héréditaires sont en constante évolution. En conséquence, il est recommandé que ma famille et moi-même restions en contact avec l'équipe soignante et les centres spécialisés.
6. Le délai estimé pour finaliser les analyses génétiques est de quelques mois. Une fois les résultats disponibles, l'équipe soignante prendra contact avec mon médecin ou avec moi-même pour en discuter. En raison de la complexité de l'interprétation des résultats et de leurs implications potentielles pour les membres de ma famille, un conseil génétique pourrait être recommandé au besoin.
7. Dans l'intérêt de l'avancement des connaissances sur les conditions cardiaques, mes résultats pourraient être présentés de manière sommaire, par exemple, lors de conférences scientifiques ou dans des publications scientifiques. La confidentialité de mes données personnelles sera strictement préservée, et toute information me concernant sera anonymisée.
8. Mes résultats d'analyse génétique seront conservés dans mon dossier médical de l'ICM, dans celui du centre médical de mon médecin référent et/ou professionnel de la santé ayant prescrit l'analyse génétique, ainsi que dans mon Dossier Santé Québec (DSQ).

Consentement pour un test génétique

9. Mes résultats d'analyse génétique pourraient être utilisés afin de faciliter l'interprétation d'analyses génétiques réalisées chez d'autres membres de ma famille.

J'accepte que l'équipe de la clinique de génétique de l'ICM partage mes résultats avec d'autres professionnels de la santé, si cela peut aider au diagnostic de maladies similaires chez les membres de ma famille ?

☐ Oui, j'autorise le partage de mes résultats.

☐ Non, je n'autorise pas le partage de mes résultats.

10. En cas d'incapacité à recevoir mes résultats (par exemple, décès ou invalidité), je désigne par la présente la personne suivante pour les recevoir à ma place :

Nom : _____ Lien avec moi : _____ Téléphone : _____

Usage ultérieur de l'échantillon

11. En donnant mon consentement pour le test génétique, je comprends que mon échantillon sera conservé pour une durée déterminée, en fonction des capacités du laboratoire, et pourrait être utilisé ultérieurement à :
- a. des fins d'assurance qualité et d'amélioration de la qualité des soins, auquel cas mon échantillon sera dénominalisé;
 - b. des fins cliniques, auquel cas je recevrai les informations pertinentes pour ma santé et celle de ma famille.
12. Je peux, à tout moment, retirer mon consentement ou demander que mon échantillon soit détruit après les analyses. Pour ce faire, je dois contacter le Laboratoire de diagnostic moléculaire par téléphone au 514-376-3330 (poste 3712) ou par courriel (ldm@icm-mhi.org). Cette décision n'aura aucune incidence sur mon suivi médical actuel ou futur.

Prise de contact à des fins de recherche

13. Je pourrais être invité.e à participer à des projets de recherche approuvés par un comité d'éthique de la recherche en lien avec le test mentionné ci-dessus et pour lesquels je pourrais être éligible.

Refus optionnel : ☐ Je refuse d'être contacté.e à des fins de recherche en lien avec ma condition génétique.

Je déclare avoir lu et compris les informations contenues dans ce document. Les objectifs, les limites, les risques et les avantages du test génétique m'ont été expliqués. J'ai eu l'opportunité d'obtenir des réponses satisfaisantes à mes questions. Je consens à l'utilisation de mon échantillon tel qu'indiqué ci-dessus.

☐ Signature du patient.e

☐ Signature du représentant.e légal du patient.e de moins de 14 ans

☐ Signature du représentant.e légal de l'adulte inapte à consentir au test génétique

☐ Signature du tuteur légal de l'adulte sous tutelle

☐ Assentiment verbal du patient.e de moins de 14 ans en âge de comprendre

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