

**Formulaire de consentement éclairé – Whole Exome Sequencing (WES)**

Je soussigné(e) (nom, prénom) \_\_\_\_\_, né(e) le \_\_\_\_\_,

J'ai compris qu'une analyse génétique complète de mon exome (WES) m'est proposée à partir d'un prélèvement sanguin (ou d'une autre nature). Cette analyse vise à identifier toute anomalie génétique dans l'ensemble de mon exome pouvant être en lien avec la maladie citée ci-dessus. Ce prélèvement biologique ne pourra pas être utilisé à d'autres fins sans mon consentement.

J'ai eu la possibilité de poser toutes les questions que je souhaitais. J'ai bien compris les implications possibles de ce test génétique, y compris la possibilité de découvrir des résultats non liés directement à l'indication initiale du test.

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

En signant ce formulaire, j'accepte (cochez les cases) :

- ☐ que mon prélèvement soit conservé en biobanque ;
- ☐ que mes données génétiques pseudonymisées soient utilisées pour le développement, la validation et l'amélioration des tests, ou à des fins de formation et de recherche scientifique ;
- ☐ que mes données soient réanalysées dans le cadre de la reclassification continue des variantes à la lumière des nouvelles connaissances médicales et scientifiques ;
- ☐ de recevoir les résultats secondaires (c'est-à-dire des informations génétiques médicalement exploitables sans lien direct avec la maladie concernée) ;
- ☐ que mes résultats soient utilisés pour faciliter la réalisation de tests génétiques chez les membres de ma famille qui en feraient la demande.

Je comprends que je peux, à tout moment, décider de ne pas poursuivre cette démarche. Les données génétiques et le matériel biologique me concernant pourront être détruits à ma demande écrite adressée au médecin désigné ci-dessus. Cette décision n'aura aucune conséquence sur ma prise en charge médicale.

Fait à: \_\_\_\_\_

le: \_\_\_\_\_

Signature du patient (ou tuteur)