

Consentement parental à la réalisation d'un examen des caractéristiques génétiques

Après avoir été informés sur la nature de l'acte de dépistage des maladies génétiques dans le cadre du programme national de dépistage néonatal, ses objectifs, les maladies dépistées et l'existence de traitements, nous soussigné(e)s (Noms, Prénoms) :

Parent 1 : _____

Parent 2 : _____

De l'enfant : _____

Consentons Ne consentons pas à la réalisation des examens des caractéristiques génétiques nécessaires sur le prélèvement de notre enfant.

Fait le : _____

Signature(s) Obligatoire(s) :

Consentement parental à la réalisation d'un examen des caractéristiques génétiques

Après avoir été informés sur la nature de l'acte de dépistage des maladies génétiques dans le cadre du programme national de dépistage néonatal, ses objectifs, les maladies dépistées et l'existence de traitements, nous soussigné(e)s (Noms, Prénoms) :

Parent 1 : _____

Parent 2 : _____

De l'enfant : _____

Consentons Ne consentons pas à la réalisation des examens des caractéristiques génétiques nécessaires sur le prélèvement de notre enfant.

Fait le : _____

Signature(s) Obligatoire(s) :