

Plan France Médecine Génomique 2025

Attestation du prescripteur de l'examen à finalité médicale des caractéristiques génétiques d'une personne hors d'état d'exprimer sa volonté ou décédée

IDENTITE DE LA PERSONNE HORS D'ETAT D'EXPRIMER SA VOLONTE OU DECEDEE (étiquette ou nom, prénom et date de naissance)

IDENTITE DU PRESCRIPTEUR (nom, prénom et lieu d'exercice)

Nom de la maladie (ou groupe de maladies) pour laquelle (lequel) une cause génétique est suspectée :

J'atteste qu'un membre de la famille potentiellement concerné accepte la réalisation de l'examen à finalité médicale des caractéristiques génétiques de la personne hors d'état d'exprimer sa volonté ou décédée.

Fait à :

Le :

Nom, prénom du prescripteur :

Signature et cachet du prescripteur :