



Last name:

First name:

MRN or RAMQ:

**INFORMATION AND CONSENT
FOR TARGETED
CHROMOSOMAL MICROARRAY**

I understand that this is a targeted chromosomal microarray analysis requested in follow-up of chromosomal microarray results in my (my partner's) pregnancy or in another family member. Findings not targeted by this analysis will not be reported. If the result of my targeted analysis is normal, it does not rule out the possibility that genetic change(s), other than those targeted, are present. Complete, non-targeted analysis, if clinically relevant, will be available upon request by my physician.

DNA SAMPLE RETENTION AFTER TESTING (choose one of two options)

Your DNA sample will be kept for a minimum period of six months in the event that further analysis is required. After that period, do you accept that your DNA sample is anonymized and included in a local DNA sample bank for clinical test development or validation?

YES NO

I understand that I am free to give my consent and that a refusal on my part will not deprive me of health or social services required by my state of health.

CONSENT

I, the undersigned _____ consent to a targeted chromosomal microarray analysis (CMA) in follow-up of chromosomal microarray result in my (my partner's) pregnancy or in another family member.

I acknowledge having read and understood the information presented in this consent form and having obtained, if necessary, all the explanations necessary for its understanding. This consent has been given in a free and informed manner, without constraint or undue pressure, and I acknowledge having received all the information necessary to be able to consent to the acts that will be carried out.

Patient's name (PRINT LETTERS)

Patient's SIGNATURE

Date (YYYY-MM-DD)

I have explained the proposed targeted CMA analysis to the person who has consented to the test and I have provided answers to her/his questions.

Physician's/ Resident's
Genetic counsellor's
NAME IN PRINT LETTERS

Physician's/ Resident's
Genetic counsellor's
SIGNATURE

Physician's/ Resident's
LICENSE No

Date (YYYY-MM-DD)

MUHC-GLEN CYTOGENETICS LABORATORY E05.3028.1 Telephone: 514-934-1934 extension 24432



Identification du patient (empreinte de carte)

Nom de famille:

Prénom:

MRN ou RAMQ:

**ANALYSE CHROMOSOMIQUE SUR PUCE
À ADN AVEC SNP : ANALYSE CIBLÉE**

FORMULAIRE D'INFORMATION ET DE CONSENTEMENT

Il s'agit d'une analyse ciblée sur puce chromosomique, dans le cadre de suivi d'un résultat, reçu pour une grossesse ou pour un membre de la famille. Seules les trouvailles en lien avec ce résultat seront rapportées. Si le résultat du test ciblé est normal, cela n'exclut pas la possibilité que des modifications génétiques, autres que celles visées par ce test ciblé, soient présentes. Une analyse complète, non ciblée, si cliniquement pertinente, sera disponible sur demande de la part du médecin requérant.

RETENTION DE L'ÉCHANTILLON D'ADN APRÈS LE TEST (choisir l'une des deux options)

Votre échantillon d'ADN sera conservé pendant une période minimale de six mois au cas où une analyse supplémentaire serait nécessaire. Après cette période, est-ce que vous acceptez que votre échantillon d'ADN soit anonymisé et inclus dans une banque locale d'échantillons d'ADN utilisés pour le développement ou la validation de nouveaux tests cliniques ?

OUI

NON

Je comprends que je suis libre de donner mon consentement et qu'un refus de ma part ne me privera pas des services de santé ou des services sociaux requis par mon état de santé.

CONSENTEMENT

Je, soussigné(e) _____, consens à une analyse chromosomique sur micropuce ciblée, dans le cadre du suivi d'un résultat reçu pour une grossesse ou pour un membre de la famille.

Je reconnais avoir lu et compris les informations présentées dans ce formulaire de consentement et avoir obtenu, si nécessaire, toutes les explications nécessaires à sa compréhension. Ce consentement a été donné de manière libre et éclairée, sans contrainte ni pression induite, et je reconnais avoir reçu toutes les informations nécessaires pour pouvoir consentir aux actes qui seront réalisés.

Nom du patient (MAJUSCULES)

Signature du patient

Date (AAAA-MM-JJ)

J'ai expliqué l'analyse ciblée sur puce chromosomique à la personne qui a consenti à l'analyse et j'ai répondu à ses questions.

NOM (MAJUSCULES)
du médecin/résident/
conseiller en génétique

SIGNATURE
du médecin/résident/
conseiller en génétique

N° permis
du médecin/résident

Date (AAAA-MM-JJ)