Centre Hospitalier de Versailles, Service de Biologie Médicale 177 rue de Versailles 78157 LE CHESNAY Cedex Secrétariat : 01 39 63 87 51

Document à remplir par le médecin prescripteur et à transmettre au laboratoire exécutant les analyses.

ATTESTATION DE CONSENTEMENT

Je soussigné(e) Docteur		
certifie avoir recueilli au cours d'une consultation le consentement écrit		
de M. ou Mme		
afin de réaliser un diagnostic génétique moléculaire.		
	Α,	le
	Signature	

Ref: SBM-B-PRE-FE-027-01 Version: 01