

FORMULAIRE DE CONSENTEMENT TAY-SACHS TAY-SACHS CONSENT FORM

NOM/NAME: _____ CDL I.D.#: _____

MEDECIN/DOCTOR: _____ RAMQ: _____

J'autorise l'infirmière, le médecin, le technologiste médical ou autre individu qualifié à effectuer le prélèvement de mon sang afin de déterminer le phenotype de Tay-Sachs.

Je comprends que sans mon consentement écrit le test mentionné ci-dessus ne sera pas effectué.

I hereby authorize the nurse, doctor, medical technologist, or other qualified individual to draw a blood sample in order to determine the Tay-Sachs phenotype.

I understand that without my written consent this test will not be performed.

SIGNATURE: _____ TÉMOIN/WITNESS: _____

DATE: ____/____/____

DATE: ____/____/____