

## 1- DONNÉES DU DEMANDEUR

## Données agence consulaire espagnole

Adresse\*: \_\_\_\_\_ Pays\*: \_\_\_\_\_

e-mail\*: \_\_\_\_\_ Tél.: \_\_\_\_\_

Nom de l'interlocuteur\*: \_\_\_\_\_

## Demandeur en Espagne

Nom et prénom\*: \_\_\_\_\_ Tél.\*: \_\_\_\_\_

Étude demandée:  Paternité  Maternité  Paternité-Maternité  Autres \_\_\_\_\_

## 2- CHAÎNE DE GARDE DE L'ÉCHANTILLON

(A RELLENAR POR EL LABORATORIO PROFESIONAL SANITARIO QUE REALIZA LA TOMA DE LA MUESTRA Y SU ENVÍO A CITOGEN S.L.U.)

Échantillon prélevé par\*: \_\_\_\_\_

Nom de l'agent consulaire\*: \_\_\_\_\_

Date d'envoi\*: \_\_\_\_\_ Signature de la chaîne de garde\*: \_\_\_\_\_

Conditions de stockage jusqu'à expédition\*:  T° ambiante  Réfrigérateur  Congélateur

## 3- DONNÉES DU PARTICIPANT

## Participant 1 adulte

# N° de laboratoire:

Nom et prénom\*: \_\_\_\_\_ Carte d'identité\*: \_\_\_\_\_

Date de naissance\*: \_\_\_\_\_ Pays de naissance\*: \_\_\_\_\_  Mère  Père  Fils/fille  Un autre \_\_\_\_\_Type d'échantillon:  Salive  Sang FTA  Un autre \_\_\_\_\_ Signature\*: \_\_\_\_\_Dossier médical:  Transfusion sanguine récente  TransplantationOui  Non  L'intéressé autorise CITOGEN S.L.U. à utiliser les données de son test à des fins scientifiques et des études de population. Tout traitement de données doit être effectué de manière anonyme et ne doit pas concerner une personne physique identifiable.

## Participant 2 adulte

# N° de laboratoire:

Nom et prénom\*: \_\_\_\_\_ Carte d'identité\*: \_\_\_\_\_

Date de naissance\*: \_\_\_\_\_ Pays de naissance\*: \_\_\_\_\_  Mère  Père  Fils/fille  Un autre \_\_\_\_\_Type d'échantillon:  Salive  Sang FTA  Un autre \_\_\_\_\_ Signature\*: \_\_\_\_\_Dossier médical:  Transfusion sanguine récente  TransplantationOui  Non  L'intéressé autorise CITOGEN S.L.U. à utiliser les données de son test à des fins scientifiques et des études de population. Tout traitement de données doit être effectué de manière anonyme et ne doit pas concerner une personne physique identifiable.

**Participant 3 mineur****# N° de laboratoire:**

Nom et prénom\*: \_\_\_\_\_

N° du document d'identité\*: \_\_\_\_\_  Fils/fille  Un autre \_\_\_\_\_

Date de naissance\*: \_\_\_\_\_ Pays de naissance\*: \_\_\_\_\_

Type d'échantillon:  Salive  Sang FTA  Un autre \_\_\_\_\_Dossier médical:  Transfusion sanguine récente  TransplantationQui est le représentant légal ?  Participant 1  Participant 2 Autre : Nom et prénom\*: \_\_\_\_\_

Carte d'identité\*: \_\_\_\_\_ Signature du représentant légal de l'enfant: \_\_\_\_\_

Oui  Non  L'intéressé autorise CITOGEN S.L.U. à utiliser les données de son test à des fins scientifiques et des études de population. Tout traitement de données doit être effectué de manière anonyme et ne doit pas concerner une personne physique identifiable.

Photographie de l'enfant

**Participant 4 mineur****# N° de laboratoire:**

Nom et prénom\*: \_\_\_\_\_

N° du document d'identité\*: \_\_\_\_\_  Fils/fille  Un autre \_\_\_\_\_

Date de naissance\*: \_\_\_\_\_ Pays de naissance\*: \_\_\_\_\_

Type d'échantillon:  Salive  Sang FTA  Un autre \_\_\_\_\_Dossier médical:  Transfusion sanguine récente  TransplantationQui est le représentant légal ?  Participant 1  Participant 2 Autre : Nom et prénom\*: \_\_\_\_\_

Carte d'identité\*: \_\_\_\_\_ Signature du représentant légal de l'enfant: \_\_\_\_\_

Oui  Non  L'intéressé autorise CITOGEN S.L.U. à utiliser les données de son test à des fins scientifiques et des études de population. Tout traitement de données doit être effectué de manière anonyme et ne doit pas concerner une personne physique identifiable.

Photographie de l'enfant

**4- CONSENTEMENT ÉCLAIRÉ**

Le/Les soussignés, par le présent document, donnent leur ASSENTIMENT au prélèvement d'échantillon sur moi et sur les mineurs dont j'ai la charge. J'autorise l'utilisation des données génétiques tirées de l'échantillon fourni en vue de l'étude de filiation correspondante. L'autorisation pour les personnes mineures doit être donnée par les parents ou tuteurs légaux.

J'ai pris connaissance du droit des participants ou de leurs tuteurs légaux d'accéder aux rapports de résultats en cas de tests à validité légale.

J'ai pris connaissance de l'efficacité technique actuelle du test. J'ai pris connaissance des éventuelles implications juridiques du résultat de ce test. J'ai pris connaissance du fait que le résultat du test doit être résumé dans le rapport écrit auquel le(s) demandeur(s) ou son/leur représentant légal et le consulat correspondant peuvent avoir accès. Les options d'expédition doivent être spécifiées dans ce formulaire de demande. J'ai pris connaissance du coût des tests demandés, qui n'incluent pas l'expertise judiciaire, le cas échéant.

CITOGEN S.L.U. est le responsable du traitement de vos données personnelles, qui seront traitées uniquement pour les finalités suivantes : établissement de devis pour les prestations demandées, réalisation des analyses demandées, gestion des opérations patient-entreprise, gestion interne, facturation des services demandés (le cas échéant), recherches et études de population (sur accord préalable) et envoi d'informations commerciales (sur accord préalable).

Vous disposez d'un droit d'accès, de rectification, d'effacement et de portabilité de vos données, ainsi que de restreindre ou de vous opposer au traitement de vos données et de retirer votre consentement à tout moment.

**Vous pouvez trouver les informations complètes sur notre site web <https://www.cagt.es/proteccion-datos/>.**

**Réception de l'échantillon (à remplir par Citogen) S.L.U.):**

#Reçu par\*: \_\_\_\_\_ #Date de réception\*: \_\_\_\_\_ #Signature du récepteur\*: \_\_\_\_\_

#Observations: \_\_\_\_\_

#Agence de transport\*: \_\_\_\_\_ #Colis sellé: Colis sellé  NON conforme