

## CONSENTEMENT ECLAIRE

Je, soussigné, \_\_\_\_\_ (nom des deux parents ou du titulaire de l'autorité parentale si enfant mineur)

**ai donné mon accord pour** la réalisation du (ou des) prélèvements et la production de matériels biologiques dérivés y compris génétiques qui peuvent aider au diagnostic ou à la prévention de la maladie

dont je souffre\* / dont souffre \* : \_\_\_\_\_ et dont je suis : les parents ou titulaire le de l'autorité parentale\*/tuteur\*/ayant-droit\*

(\*rayer la mention inutile et compléter la mention nécessaire)

NOM	OU	Etiquette patient
Prénom		
Date de naissance		

Ce(s) prélèvement(s) et ses dérivés ont été et/ou seront conservés sauf contordre de ma part.

Je suis conscient que ce(s) prélèvement(s) peu(ven)t être d'un intérêt potentiel majeur pour la recherche scientifique et aider à la mise au point de solutions thérapeutiques , je

**donne mon accord pour** que ce prélèvement et/ou ses dérivés, non utilisés à visée sanitaire et après anonymisation, soit à la disposition de la communauté scientifique à des fins de recherche scientifique et médicale.

**m'oppose à ce que** ce prélèvement et/ou ses dérivés, non utilisés à visée sanitaire et après anonymisation, soit à la disposition de la communauté scientifique à des fins de recherche scientifique et médicale.

**J'ai été informé(e) par :**

**Je reconnais avoir reçu** l'ensemble des informations permettant la compréhension de cet acte biologique et de sa finalité

**Je souhaite que les résultats de l'analyse soient transmis au médecin suivant :**

**Docteur..... A.....**

**Fait à.....le.....**

**Signature (s)** (des deux parents ou du titulaire de l'autorité parentale, si enfant mineur)