

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)