

**Informations aux patients
Relatives à l'utilisation potentielle,
À des fins de recherche scientifique,
De sang, cellules, liquides ou tissus,
Prélevés lors de soins ou de bilans.**

Responsable : Pr Michel Peoc'h

C.H.U de Saint-Etienne

Service d'Anatomie et Cytologie Pathologiques

42055 Saint Etienne cedex 2

Tel : 04.77.82.80.00

DECLARATION DE CONSENTEMENT

Je soussigné (e) :

NOM :

Prénom :

Date de naissance :

Etiquette patient

Déclare avoir pris connaissance de la fiche d'information patient, m'informant que les prélèvements et les collectes de sang, de cellules, de liquides ou de tissus effectués sur ma personne pourront être conservés sans limite de temps, dans le centre de ressource biologique du C.H.U. de Saint-Etienne, pour le diagnostic et l'adaptation et/ou le suivi du traitement.

De plus, je déclare avoir compris que la partie non utilisée de ces prélèvements peut éventuellement servir pour le contrôle et pour des recherches scientifiques liées ou non à ma maladie, et peut nécessiter, l'envoi d'échantillon à des laboratoires, privés ou publics, travaillant en partenariat avec le C.H.U. de Saint-Etienne.

Je dispose à tout moment d'un droit de retrait des collectes et des prélèvements me concernant, ainsi que des données qui leur sont associées. Je détiens la possibilité, si j'en fais la demande, de recontacter le centre de ressource biologique pour obtenir tout renseignement.

Ma décision est la suivante (*Merci de cocher la case correspondante*):

- Je donne mon accord d'accès au dossier médical, et mon consentement pour que les parties inemployées des prélèvements biologiques effectués sur ma personne soient conservées et traitées dans le centre de ressource biologique du C.H.U. de Saint-Etienne. Je donne également mon accord pour qu'éventuellement une partie de ces prélèvements soit utilisée pour toutes recherches scientifiques liées ou non à ma maladie. Je déclare avoir compris que ces derniers, peuvent nécessiter l'envoi d'échantillons à d'autres organismes autorisés, privés ou publics, travaillant en partenariat avec le C.H.U. de Saint-Etienne.
- Je m'oppose à ce que les parties inemployées des prélèvements biologiques effectués sur ma personne soient utilisées pour toutes recherches scientifiques.

Je peux changer d'avis à tout moment et revenir sur ma décision,

Fait à, le.....

Signature du patient
ou de son représentant légal