

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

Centre Hospitalier Universitaire Nord de Saint - Etienne
Service d'Anatomie Cytologie Pathologies (Pav C/ niv-1)
Avenue Albert Raymond 42055 Saint Etienne cedex 02
Tel : 04.77.82.83.17

Mail : tumorotheque@chu-st-etienne.fr

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):

- J'ai bien pris connaissance de la lettre d'information du CRB et je donne mon accord d'accès au dossier médical, et mon consentement pour que des parties inemployées des prélèvements biologiques effectués sur ma personne au cours de l'ensemble de mes interventions soient conservées et traitées dans le centre de ressource biologique du CHU de St-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 et relatifs aux principaux axes d'études du CHU de St Etienne. Je déclare avoir compris que ces prélèvements, peuvent nécessiter la mise à disposition d'échantillons à d'autres organismes autorisés ou déclarés, privés ou publics, travaillant en partenariat avec le CHU de St-Etienne et que le CRB se donne le droit de conserver les échantillons à l'issus de la recherche.

Je peux changer d'avis à tout moment et revenir sur ma décision en contactant le CRB du CHUSE.

Signature du patient (ou de son représentant légal)

Fait à _____	
Le _ _ / _ _ / _ _ _ _	