

TUMOROTHEQUE



Centre de Ressources Biologiques
Tumorothèque

FORMULAIRE DE CONSENTEMENT
pour l'utilisation, à des fins de recherche, d'éléments biologiques humains
collectés au cours des soins et de leurs données cliniques associées

Ce document est rempli en trois exemplaires : un pour le patient, un pour son dossier et un pour la tumorothèque

Etiquette patient :
Nom, prénom, date de naissance
(Rayer le n° IPP)

Madame, Monsieur,

A l'occasion des soins que nécessite votre état de santé, il sera procédé, dans votre intérêt, à des prélèvements pour établir un diagnostic précis et adapter le traitement en conséquence.

Une partie des prélèvements a été (ou sera) conservée dans la Tumorothèque du CHU de Poitiers.

Au cas où vos prélèvements n'auraient pas été utilisés en totalité pour le diagnostic, les échantillons conservés restant pourront être utilisés pour la recherche médicale ou scientifique, dans le domaine lié à votre pathologie, dans le respect de la confidentialité et après avoir été codés.

Ces recherches ne nécessiteront pas d'examen de vos caractéristiques génétiques constitutionnelles.

Vous pouvez à tout moment revenir sur votre décision auprès du :

- Docteur ou professeur qui a pris en charge vos soins :

Docteur/Professeur service.....

Adresse mail :@.....

- Ou auprès de la Tumorothèque du CHU de Poitiers par une simple déclaration écrite (par email : crb@chu-poitiers.fr ou sur papier libre par courrier : Tumorothèque – Service d'Anatomie et de Cytologie Pathologiques – CHU de POITIERS - 2 rue de la Milétrie CS 90577 – 86021 POITIERS Cedex

Cadre à remplir par le patient :

Nom et prénom du patient :

Date de naissance : |_|_|-|_|_|-|_|_|_|_|

accepte
 refuse

que les prélèvements réalisés dans le cadre de ma prise en charge et les données médicales associées codées me concernant :

- soient conservés et utilisés par le CHU de Poitiers dans le cadre du programme recherche médical ou scientifique associé à ma pathologie
- cédés ou transférés à un ou des tiers afin qu'ils effectuent des recherches scientifiques

J'ai bien noté que je peux retirer ce consentement à tout moment à l'utilisation des prélèvements pour la recherche médicale ou scientifique auprès du médecin responsable de la Tumorothèque ou du médecin responsable de mon suivi médical.

Je certifie que je ne fais pas l'objet d'une sauvegarde de justice.

Date et signature du patient :

Date et signature du médecin :

• Conformément à la loi (art. 16-1 et 16-6 du code civil), ce prélèvement ne pourra être cédé à titre commercial, ni donner lieu à une rémunération à votre bénéfice. Il pourra être utilisé pour des recherches effectuées en partenariat avec un ou plusieurs organismes publics ou privés.
• Les données médicales associées au prélèvement seront réunies sur un fichier informatique permettant leur traitement automatisé dans le cadre des recherches en conformité avec la loi « informatique et liberté » du 06 janvier 1978 modifiée le 6 août 2004, la loi n°2018-493 du 20 juin 2018 relative à la protection des données personnelles et le Règlement Général sur la Protection des Données (RGPD) n°2016-679 du 27 avril 2016. (voir explications au verso).

A3-INS-TUMO-001

version n°2 du 28/05/2020

