



Pôle Biologies

Enregistrement

*Formulaire de consentement éclairé du patient*

Doc. N°: **ECRB010 – V 2**

Date d'application :  
**2014-02-27**

Page 1 sur 1

Référence au Processus : Gestion des activités de la Biothèque

**Consentement éclairé pour le don d'éléments du corps humain et d'informations biomédicales à des fins de recherche pour la Biothèque du CHRU de Nîmes**

Je confirme que j'ai été informé des modalités de gestion des collections dans le cadre de la Biothèque du CHRU de Nîmes (Place du Professeur Robert Debré 30029 Nîmes Cedex 09). J'ai pu poser toutes les questions à l'équipe médicale. J'ai bien compris que ma participation était volontaire et que je suis libre de modifier ou révoquer mon consentement à tout moment sans aucune justification, sans que cela n'ait de conséquence sur mon suivi médical. Mon consentement ne décharge pas la Biothèque du CHRU de Nîmes de sa responsabilité et je conserve tous mes droits garantis par la loi. Je donne mon accord pour que les échantillons et produits dérivés, ainsi que les données biocliniques associées puissent être gérés par la Biothèque du CHRU de Nîmes afin qu'ils puissent être :

- utilisés à des fins de recherche fondamentale et appliquée dans le domaine de ma pathologie.
- utilisés à des fins de toute autre recherche scientifique sous contrôle de la pertinence scientifique de l'utilisation par la Biothèque du CHRU de Nîmes.
- inclus dans des recherches de marqueurs génétiques sans que les résultats ne permettent d'identifier ma personne.
- utilisés pour le développement de produits qui pourraient être commercialisés, sans qu'aucun bénéfice financier ne puisse me revenir.

J'ai bien conscience que :

- je peux demander à tout moment la destruction de mes échantillons conservés en le demandant à la Biothèque du CHRU de Nîmes.
- je n'aurai aucun retour financier.
- aucun bénéfice direct ne peut être attendu des recherches scientifiques qui pourront être faites grâce à mes échantillons.
- je pourrai obtenir des informations globales sur les activités de la Biothèque du CHRU de Nîmes et les avancées de la recherche en m'adressant au Pr. Thierry LAVABRE-BERTRAND.
- j'accepte que la Biothèque du CHRU de Nîmes puisse recontacter mon médecin Docteur \_\_\_\_\_, si des informations importantes pour mon suivi médical sont obtenues lors des recherches.

Je reconnais en particulier que le droit de me faire assister par une personne de confiance de mon choix m'a été communiqué.

- J'accepte que les prélèvements biologiques me concernant puissent être utilisés à des fins de recherche.
- Je m'oppose à ce que les prélèvements biologiques me concernant puissent être utilisés à des fins de recherche.

**Partie réservée au patient donnant son consentement**

Nom : \_\_\_\_\_

Fait à : \_\_\_\_\_

Le : \_\_\_\_\_

Signature :

**Partie réservée au médecin ayant donné l'information**

Nom : \_\_\_\_\_

Etablissement/service : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Signature :

Approuvé par : Lavabre-Bertrand Thierry