

 Pôle Biologies Pathologie	Enregistrement <i>Formulaire de consentement éclairé du patient</i>	Doc. N°: ECRB010 – V 5 Date d'application : 2019-10-25
		Page 1 sur 1

Référence au Processus : Réalisation – Mise en collection

Consentement éclairé pour le don d'éléments du corps humain et d'informations biomédicales, à des fins de recherche, au Centre de Ressources Biologiques du CHRU de Nîmes

Je confirme que j'ai été informé des modalités de gestion des collections par le Centre de Ressources Biologiques 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 le Centre de Ressources Biologiques 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, prélevés lors de mes différentes consultations et/ou hospitalisations, ainsi que les données biocliniques associées, puissent être gérés de façon anonyme par le Centre de Ressources Biologiques du CHRU de Nîmes afin qu'ils puissent être :

- utilisés à des fins de recherche fondamentale.
- utilisés à des fins de toute autre recherche scientifique sous contrôle de la pertinence scientifique de l'utilisation par le Comité scientifique et techniques du Centre de Ressources Biologiques du CHRU de Nîmes.
- 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 au Centre de Ressources Biologiques du CHRU de Nîmes.
- je n'aurai aucun retour financier et 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 du Centre de Ressources Biologiques du CHRU de Nîmes et les avancées de la recherche en m'adressant au Responsable médical.
- j'accepte que le Centre de Ressources Biologiques du CHRU de Nîmes puisse recontacter mon médecin, Dr _____, 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 échantillons biologiques et les données associées me concernant puissent être utilisés à des fins de recherche.
- Je m'oppose à ce que les échantillons biologiques et les données associées me concernant puissent être utilisés à des fins de recherche.

Partie réservée au patient donnant son consentement

Nom, prénom : _____

Date de naissance : _____

Fait à : _____

Le : _____

Signature :

Partie réservée au médecin ayant donné l'information

Nom : _____

Etablissement/service : _____

Signature :

Approuvé par : Evrard Alexandre