



le volet 1 (blanc) est à remettre au patient,
le volet 2 (jaune) dans le dossier du patient,
le volet 3 (rose) est à transmettre à la tumorotheque

Consentement du patient pour la conservation et l'utilisation des échantillons biologiques à une fin de recherche

Madame, Monsieur,

A l'occasion des soins que votre état de santé nécessitera, il sera procédé à des prélèvements de sang, de cellules, de tissus ou de liquides biologiques pour établir votre diagnostic et adapter votre traitement.

Après avoir réalisé les analyses nécessaires à votre prise en charge, le reliquat de votre prélèvement pourra être conservé et utilisé **à des fins de recherche médicale ou scientifique**, dans le respect de la confidentialité et de la réglementation en vigueur.

Vous pouvez, sans conséquence pour votre prise en charge, vous opposer à tout moment à cette utilisation en écrivant à l'adresse ci-dessous.

« Les données médicales associées au prélèvement seront réunies sur un fichier informatisé permettant leur traitement automatisé dans le cadre des recherches. Vous disposez à leur égard d'un droit d'accès, de rectification et d'opposition conformément à la loi »

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.

Professionnel de santé ayant remis l'information (nom et qualité) :

.....

Nom et prénom du patient (ou étiquette) :

Date :

J'accepte

Je m'oppose

Signature du patient :

Pour tout renseignement, contacter :
Réseau de Cancérologie d'Aquitaine
Tumorotheque régionale
229, cours de l'Argonne – 33076 BORDEAUX Cedex
Tél : 05 56 33 32 82 – Fax : 05 57 95 95 61

Consentement du patient pour la conservation et l'utilisation des échantillons biologiques à une fin de recherche

Madame, Monsieur,

A l'occasion des soins que votre état de santé nécessitera, il sera procédé à des prélèvements de sang, de cellules, de tissus ou de liquides biologiques pour établir votre diagnostic et adapter votre traitement.

Après avoir réalisé les analyses nécessaires à votre prise en charge, le reliquat de votre prélèvement pourra être conservé et utilisé **à des fins de recherche médicale ou scientifique, dans le respect de la confidentialité et de la réglementation en vigueur.**

Vous pouvez, sans conséquence pour votre prise en charge, vous opposer à tout moment à cette utilisation en écrivant à l'adresse ci-dessous.

« Les données médicales associées au prélèvement seront réunies sur un fichier informatisé permettant leur traitement automatisé dans le cadre des recherches. Vous disposez à leur égard d'un droit d'accès, de rectification et d'opposition conformément à la loi »

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.

Professionnel de santé ayant remis l'information (nom et qualité) :

.....

Nom et prénom du patient :

Date :

J'accepte

Je m'oppose

Signature du patient :

Pour tout renseignement, contacter :
Réseau de Cancérologie d'Aquitaine
Tumurothèque régionale
229, cours de l'Argonne – 33076 BORDEAUX Cedex
Tél : 05 56 33 32 82 – Fax : 05 57 95 95 61



Consentement du patient pour la conservation et l'utilisation des échantillons biologiques à une fin de recherche

Madame, Monsieur,

A l'occasion des soins que votre état de santé nécessitera, il sera procédé à des prélèvements de sang, de cellules, de tissus ou de liquides biologiques pour établir votre diagnostic et adapter votre traitement.

Après avoir réalisé les analyses nécessaires à votre prise en charge, le reliquat de votre prélèvement pourra être conservé et utilisé **à des fins de recherche médicale ou scientifique, dans le respect de la confidentialité et de la réglementation en vigueur.**

Vous pouvez, sans conséquence pour votre prise en charge, vous opposer à tout moment à cette utilisation en écrivant à l'adresse ci-dessous.

« Les données médicales associées au prélèvement seront réunies sur un fichier informatisé permettant leur traitement automatisé dans le cadre des recherches. Vous disposez à leur égard d'un droit d'accès, de rectification et d'opposition conformément à la loi »

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.

Professionnel de santé ayant remis l'information (nom et qualité) :

.....

Nom et prénom du patient :

Date :

J'accepte

Je m'oppose

Signature du patient :

Pour tout renseignement, contacter :
Réseau de Cancérologie d'Aquitaine
Tumorotheque régionale
229, cours de l'Argonne – 33076 BORDEAUX Cedex
Tél : 05 56 33 32 82 – Fax : 05 57 95 95 61