


HIA Clermont-Tonnerre Brest Laboratoire de Biologie Médicale 	<b>Support d'enregistrement</b>	Code : PRA-SE-TUMOTCHRU Version n°04
	<b>Consentement du patient à l'utilisation des échantillons tumoraux à des fins de recherche scientifique</b>	Date d'application : 15/02/2018 Page : 1 / 2

VERSION	COMMENTAIRE	DATE
01	Mise en application	10/10/2014
02	Formulaire mis à jour par le laboratoire sous-traitant	21/12/2015
03	Mise à jour du formulaire de la part du laboratoire sous-traitant	18/01/2017
04	Aucune modification de la part du laboratoire sous-traitant	15/02/2018

Rédaction	Vérification	Approbation	Validation
Date : 08/02/2018 Fonction : Responsable Qualié Visa électronique : BERNA Anaïs	Date : 13/02/2018 Fonction : Responsable des Systèmes d'Informations Visa électronique : LEFEBVRE Franck	Date : 13/02/2018 Fonction : Biologiste Responsable Visa électronique : VAILLANT Catherine	Date : 15/02/2018 Fonction : Responsable Documentaire Visa électronique : THIBAUT Fabien



**Consentement du patient à la conservation et à l'utilisation d'échantillons biologiques ou tissulaires à des fins de recherche incluant éventuellement examen des caractéristiques génétiques**

Madame, Monsieur,

Nous avons réalisé (ou nous allons réaliser) un/des prélèvement(s) biologique(s) et/ou tissulaire(s).

Ces prélèvements sont nécessaires pour le diagnostic de votre maladie et pour adapter votre traitement. Au cas où les prélèvements ne seraient pas utilisés en totalité pour établir le diagnostic et l'adaptation du traitement, nous conserverons les échantillons restants.

Une partie de ces échantillons sera conservée pour une éventuelle utilisation dans le cadre du suivi de votre pathologie.

Une autre partie pourra, sauf opposition de votre part, être utilisée pour la recherche médicale ou scientifique, dans le respect de la confidentialité et de façon anonyme. Cette recherche peut nécessiter un examen des caractéristiques génétiques du prélèvement en relation avec votre maladie. Un tel examen nécessite votre accord, que vous pouvez exprimer en signant le présent document.

Les échantillons seront conservés au CHRU de BREST. Pour toute question vous pouvez joindre le Centre de Ressources Biologiques (CRB) Santé au 02 98 14 51 18, ou par mail en écrivant à l'adresse suivante : [crb@chu-brest.fr](mailto:crb@chu-brest.fr).

Votre accord est révoquant à tout moment. Vous pouvez, dans ce cas écrire au CRB Santé – Laboratoire d'Hématologie - CHRU Brest – 29609 Brest Cedex, ou par courriel à l'adresse suivante : [crb@chu-brest.fr](mailto:crb@chu-brest.fr).

Conformément à la loi (art.16-1 et 16-6 du code civil), ces prélèvements ne pourront être cédés à titre commercial, ni donner lieu à une rémunération à votre bénéfice. Ils pourront être cédés et/ou utilisés pour des recherches effectuées en partenariat avec un ou plusieurs organismes publics ou privés.

Les données médicales associées aux prélèvements seront réunies sur un fichier informatique 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.

Les informations portées sur ce document sont confidentielles et couvertes par le secret médical. A aucun moment, les données personnelles qui y figurent n'apparaîtront lors de la publication des résultats des travaux de recherche.

Date de délivrance de l'information : .....	Accord exprimé : <input type="radio"/> OUI <input type="radio"/> NON
Le médecin : .....	Identité du patient ( <b>Etiquette</b> ) : <i>ou NOM Prénom Date de naissance</i>
Service : .....	
N° de téléphone : .....	
Signature du médecin :	Signature du patient :

**Un exemplaire de ce document signé par le patient est conservé dans le dossier médical, un double est remis au patient et une copie est transmise au CRB Santé.**