

Déclaration de consentement pour l'utilisation des données de santé et des échantillons biologiques à des fins de recherche – pour le ou la représentant·e légal·e d'un·e patient·e mineur·e de moins de 14 ans

Nom et prénom du ou de la patient·e

Date de naissance du ou de la patient·e

Nom et prénom du ou de la représentant·e légal·e

Adresse et numéro de téléphone du ou de la représentant·e légal·e

Indiquer le lien avec le ou la patient·e

Adresse email du ou de la représentant·e légal·e

**A J'accepte que les données de santé et les échantillons biologiques résiduels de mon enfant/la personne concernée, collectés durant les soins (consultations et hospitalisations), dans le passé et dans le futur, soient conservés, transmis et utilisés à des fins de recherche.**

OUI

NON

Si vous avez coché « OUI », veuillez répondre à la proposition B. Si vous avez coché « NON », passez directement au point C.

**B J'accepte qu'un échantillon de sang supplémentaire de mon enfant/la personne concernée soit prélevé pour la Biobanque génomique du CHUV à des fins d'analyses génétiques pour la recherche.**

- La prise de sang sera effectuée uniquement si l'état physique de l'enfant le permet. La quantité de sang prélevé dépendra de son poids mais ne dépassera pas 7.5 mL (l'équivalent d'une cuillère à soupe).
- **Ce prélèvement sera réalisé en même temps qu'une prise de sang déjà prévue pour ses soins, afin d'éviter toute piqûre supplémentaire.**
- Le sang collecté permettra de faire des analyses génétiques à des fins de recherche.

OUI

NON

Quelle que soit votre réponse, veuillez passer au point C.

**C Confirmation de ma décision**

En tant que représentant·e légal·e de la personne identifiée ci-dessus, j'ai compris :

- les explications sur la réutilisation des données cliniques et échantillons biologiques à des fins de recherche, détaillées dans le dépliant d'information ;
- que je suis libre de contacter l'Unité du consentement à la recherche du CHUV (aux coordonnées indiquées au bas de ce formulaire), ou un·e professionnel·le de santé en charge des soins au CHUV pour obtenir de plus amples informations et explications ;
- que les données personnelles de mon enfant/la personne concernée sont protégées et qu'elles ne seront utilisées pour la recherche que de manière codée ou anonymisée ;



Merci de tourner la page

- que ses données et échantillons biologiques peuvent être utilisés dans des projets de recherche menés en Suisse ou dans d'autres pays ;
- que les projets de recherche sont menés dans l'hôpital ou en collaboration avec d'autres institutions publiques (d'autres hôpitaux ou universités, par ex.) et des entités privées (des compagnies pharmaceutiques, par ex.) ;
- que les projets peuvent inclure des analyses génétiques sur ses échantillons biologiques à des fins de recherche ;
- que je pourrais être recontacté·e si des résultats pertinents pour la santé de mon enfant/la personne concernée étaient mis en évidence ;
- que je prends les décisions ci-dessus en son nom, en considérant son avis ;
- que mes décisions sont volontaires et n'ont pas d'effet sur le traitement médical de mon enfant/la personne concernée;
- que mes décisions sont valables jusqu'à ce que mon enfant/la personne concernée ait atteint l'âge de 18 ans, à moins que mon enfant/la personne concernée et moi ne modifions nos décisions entre temps ;
- que jusqu'à ce que mon enfant/la personne concernée ait atteint l'âge de 18 ans, je peux retirer ce consentement à n'importe quel moment sans avoir à justifier ma décision. Cette décision doit être prise conjointement avec mon enfant/la personne concernée ;
- que dès l'âge de 18 ans, mon enfant/la personne concernée recevra la documentation à son nom pour se positionner sur la réutilisation à des fins de recherche de ses données et de ses échantillons biologiques, et sur la contribution à la BGC ;
- que si je coche « NON » au point A en signant cette déclaration, ses données cliniques et échantillons biologiques ne pourront pas être utilisés pour la recherche ;
- que si je ne signe pas la déclaration de consentement, la loi prévoit que ses données et échantillons pourront exceptionnellement être utilisés si la commission d'éthique compétente donne son autorisation spéciale.

Je confirme avoir informé mon enfant/la personne concernée, dans la mesure de sa capacité de discernement, et je prends les décisions ci-dessus en respectant sa volonté.

\_\_\_\_\_  
Lieu et date

Signature du ou de la représentant·e légal·e (obligatoire)

\_\_\_\_\_  
Lieu et date

Signature du ou de la patient·e

**Le parent signataire est tenu d'en informer l'autre parent.**  
En cas de question ou de remarque, n'hésitez pas à nous contacter.



Département de la formation et recherche  
Unité du consentement à la recherche  
Boîte aux lettres N°47  
Rue du Bugnon 21, 1011 Lausanne  
021 314 18 78 - info.cg@chuv.ch



AMT0810 - Consentement général