

Déclaration de consentement pour l'utilisation des données de santé et des échantillons à des fins de recherche – pour le ou la patient·e mineur·e de 14 à 17 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 mes données médicales et les échantillons collectés durant mes 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 peu plus de sang soit prélevé pour la Biobanque génomique du CHUV pour faire des analyses génétiques pour la recherche.

- La prise de sang sera effectuée uniquement si mon état physique le permet. La quantité de sang prélevé 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 mes 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 la réponse, passer au point C.

C Confirmation de ma décision

J'ai compris :

- les explications sur l'utilisation des données médicales et des échantillons par les chercheurs·euses ;
- que je peux contacter l'Unité du consentement à la recherche du CHUV (coordonnées indiquées au bas de ce formulaire), un·e médecin ou un·e infirmier·ère du CHUV pour avoir plus d'explications et poser mes questions ;
- que mes données et échantillons sont protégés et qu'ils ne seront utilisés pour la recherche que de manière codée ou anonymisée ;
- que mes données et échantillons peuvent être utilisés dans des projets de recherche menés en Suisse ou dans d'autres pays ;
- que mes données et échantillons peuvent être transmis à des laboratoires, des hôpitaux et des universités, mais aussi à des entreprises qui fabriquent des médicaments et des tests pour repérer des maladies ;



Merci de tourner la page

- que les chercheurs·euses peuvent analyser les gènes de mes cellules ;
- que je pourrais être recontacté·e dans le cas où des résultats importants pour ma santé étaient découverts par des chercheurs·euses ;
- que mes décisions sont libres et volontaires et ne changent rien à mon traitement médical ;
- que mes décisions sont valables jusqu'à mes 18 ans, à moins que je ne change d'avis entre temps ;
- que je peux retirer ce consentement à n'importe quel moment sans devoir expliquer pourquoi ;
- que dès 18 ans, j'aurai à nouveau la possibilité d'exprimer mon choix de participer ou non à la recherche ;
- que si je coche « NON » au point A, mes données cliniques et échantillons ne pourront pas être utilisés pour la recherche ;
- que si je ne signe pas la déclaration de consentement, la loi prévoit que mes données et échantillons pourront exceptionnellement être utilisés si la commission d'éthique compétente donne son autorisation spéciale ;
- que si j'ai plus de 14 ans et que j'ai bien compris cette information, je peux signer seul·e la déclaration de consentement, mais que la signature d'un de mes parents ou de mon/ma représentant·e légal·e est conseillée.

Lieu et date

Signature du ou de la patient·e

Lieu et date

Signature du ou de la représentant·e légal·e

- La personne mineure n'est pas en mesure de prendre cette décision et de signer ce document.
Dans ce cas, la signature du ou de la représentant·e légal·e est obligatoire.

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