

A compléter par le patient ou son représentant légal

Je confirme que :

- j'ai lu et compris la feuille d'information qui m'a été remise
- j'ai eu suffisamment de temps pour prendre ma décision
- j'ai compris que ma participation est entièrement libre et volontaire
- j'ai compris que mon consentement reste valable pour toute nouvelle prise en charge au CHUV et que je peux, à tout moment et sans avoir à fournir de justification, retirer mon consentement sans pour cela en subir le moindre inconvénient dans ma prise en charge ultérieure
- j'ai compris que j'ai le droit d'être informé(e) ou de ne pas être informé(e) des résultats de recherches pertinents pour ma propre santé, et que :
 - sauf refus de ma part (qui peut être exprimé ci-après, point B), j'accepte que, dans le cas exceptionnel où une recherche révélait des informations significatives pour ma santé, de telles informations me seraient transmises par un médecin, afin que je bénéficie des conseils adéquats.

A. Je consens à l'utilisation à des fins de recherche de mes échantillons et données y compris génétiques, sous forme codée :

<i>Utilisation sous forme codée</i>	
<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON

Si vous avez coché «OUI» à l'utilisation sous forme codée, veuillez considérer les points B et C suivants :

B. Dans le cas exceptionnel où une recherche révélait des informations significatives pour votre santé, de telles informations pourraient vous être transmises par un médecin, afin que vous bénéficiiez des conseils adéquats.

Souhaitez-vous être informé(e) des éventuels résultats de recherche pertinents pour votre propre santé ?

- OUI, je le souhaite** **NON, je ne le souhaite pas**



C. Nous pouvons vous informer des buts et des activités de la Biobanque à travers un courrier électronique.

Acceptez-vous d'être informé(e) des activités de la Biobanque ?

- OUI, je le souhaite** **NON, je ne le souhaite pas**

Si vous avez coché « OUI », veuillez nous communiquer votre adresse électronique :

.....

D. Si vous avez coché «NON» à l'utilisation sous forme codée (point A), vous pouvez encore vous opposer à l'utilisation de vos échantillons et données génétiques sous forme anonyme ainsi qu'à l'utilisation de vos données non-génétiques liées à la santé sous forme codée:

<input type="checkbox"/> je m'y oppose
--

En cas de non réponse de votre part, nous considérons que vous ne vous êtes pas opposé à l'activité de recherche au CHUV.

Nom du Patient :

Lieu et date : Signature du patient :

Nom du représentant légal :

Signature du représentant légal :

Lieu et date : Signature de l'employé de la BIL :

Document à remettre au personnel de la BIL ou à l'adresse suivante :

Biobanque Institutionnelle de Lausanne, PAV02/02-030, Avenue Pierre-Decker 2, 1011 Lausanne

Copie à remettre au patient/représentant légal

Biobanque Institutionnelle de Lausanne

Version 1.2 du 5 juillet 2013

